2 Gestão de Redes de Atenção à Saúde

Rosana Kuschnir
Márcia Cristina Rodrigues Fausto
organizadoras

EAD
ENSP
FIOCRUZ

2 Gestão de Redes de Atenção à Saúde

Ministério da Saúde

MINISTRO DA SAÚDE
Arthur Chioro

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE – SGTES
Hêider Aurélio Pinto

SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS
Lumena Furtado

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

PRESIDENTE
Paulo Ernani Gadelha

DIRETOR DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP
Hermano Albuquerque de Castro

COORDENADORA DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – EAD/ENSP
Lúcia Maria Dupret

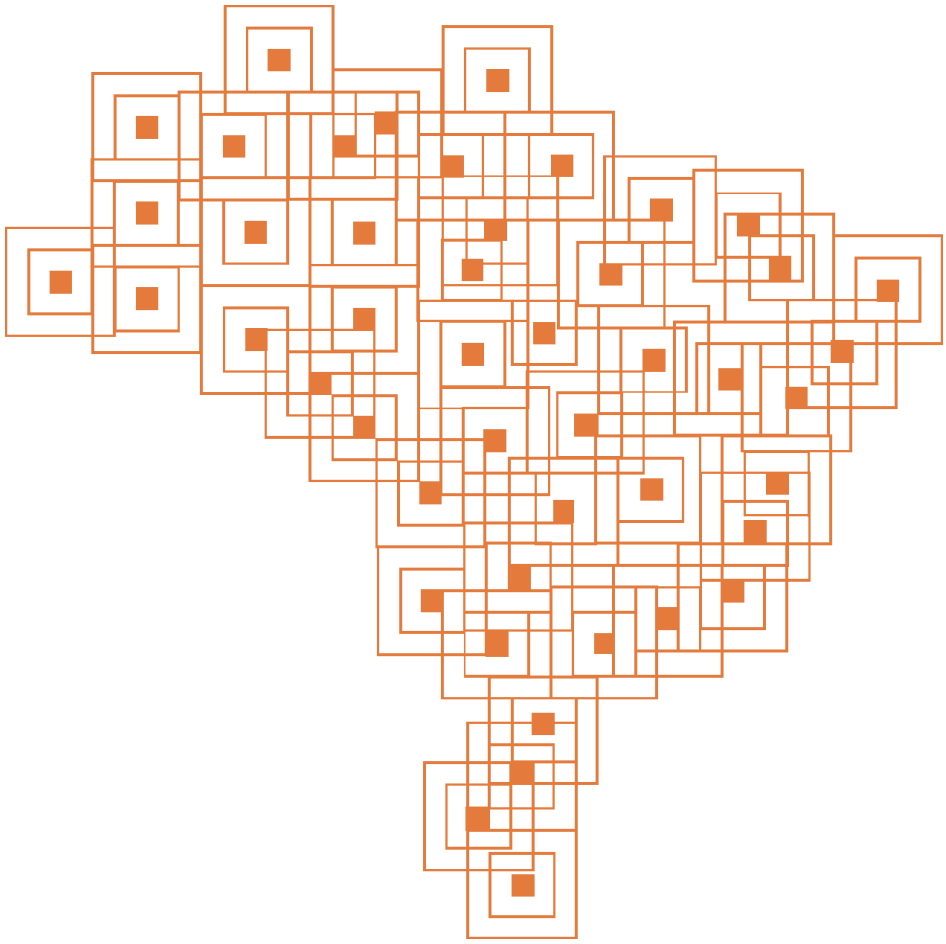
Curso em Gestão de Redes de Atenção à Saúde

COORDENADORAS
Rosana Kuschnir
Márcia Cristina Rodrigues Fausto

ASSESSORAS PEDAGÓGICAS
Henriette dos Santos
Mônica de Rezende

2 Gestão de Redes de Atenção à Saúde

Rosana Kuschnir
Márcia Cristina Rodrigues Fausto
organizadoras



EAD
ENSP
FIOCRUZ

Copyright © 2015 dos autores
Todos os direitos de edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz/EAD

SUPERVISÃO EDITORIAL
Maria Leonor de M. S. Leal

REVISÃO METODOLÓGICA
Henriette dos Santos
Mônica de Rezende

REVISÃO E NORMALIZAÇÃO
Pedro Lage
Maria Auxiliadora Nogueira

PROJETO GRÁFICO
Jonathas Scott
Ampersand Comunicação Gráfica

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E TRATAMENTO DE IMAGEM
Ampersand Comunicação Gráfica

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz
Biblioteca de Saúde Pública

K97g Kuschnir, Rosana (Org.)
Gestão de Redes de Atenção à Saúde - 2. / organizado por Rosana Kuschnir e Márcia Cristina Rodrigues Fausto. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2015.
268 p. : il. ; mapas
ISBN: 978-85-61445-64-5

1. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. 2. Política de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Atenção à Saúde. 5. Integralidade em Saúde. 6. Serviços de Saúde.7. Oncologia. 8. Assistência a Saúde. 9. Gestão em Saúde. 10. Educação a Distância. I. Fausto, Márcia Cristina Rodrigues (Org.). II. Título.

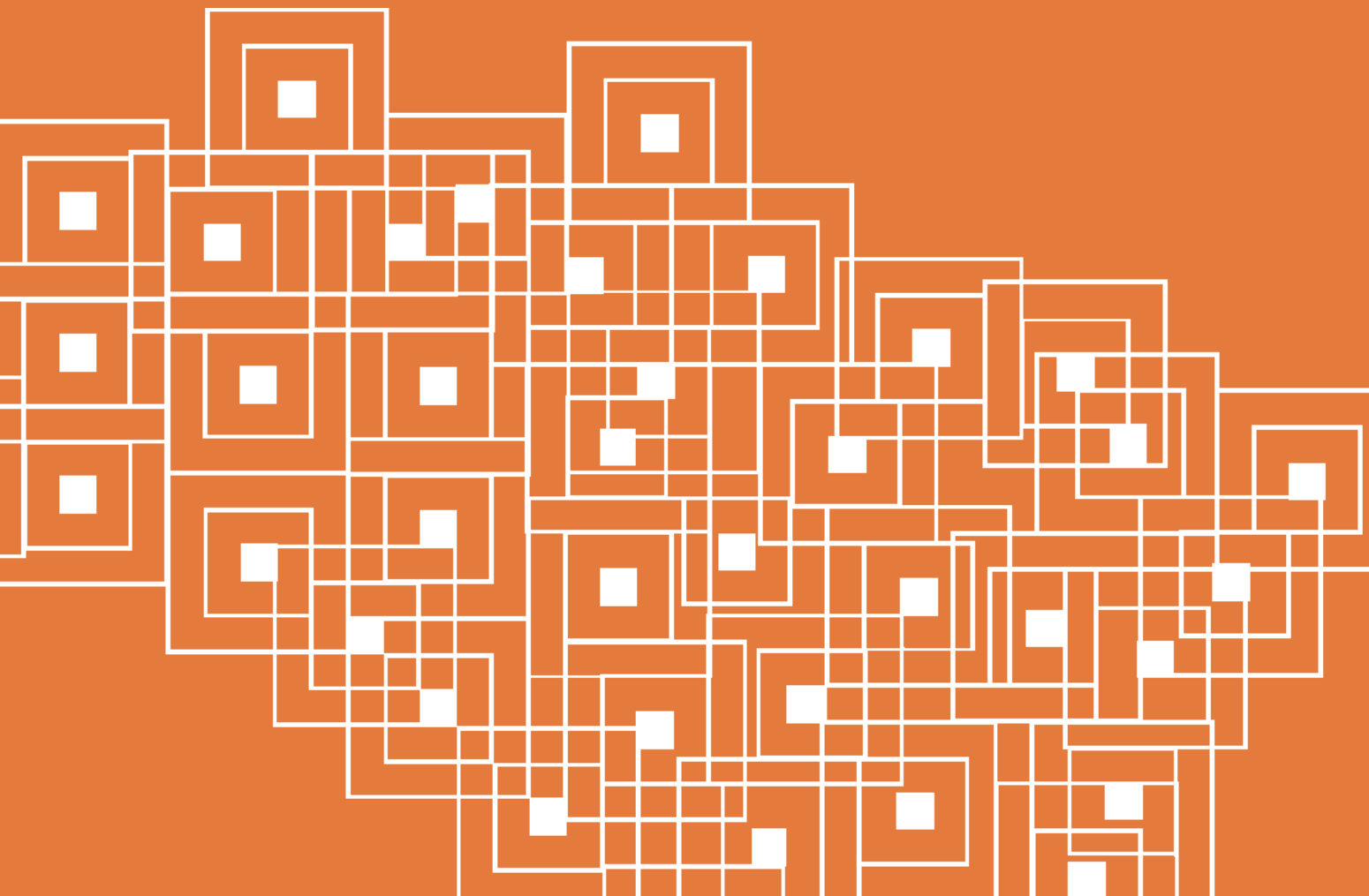
CDD – 362.1068

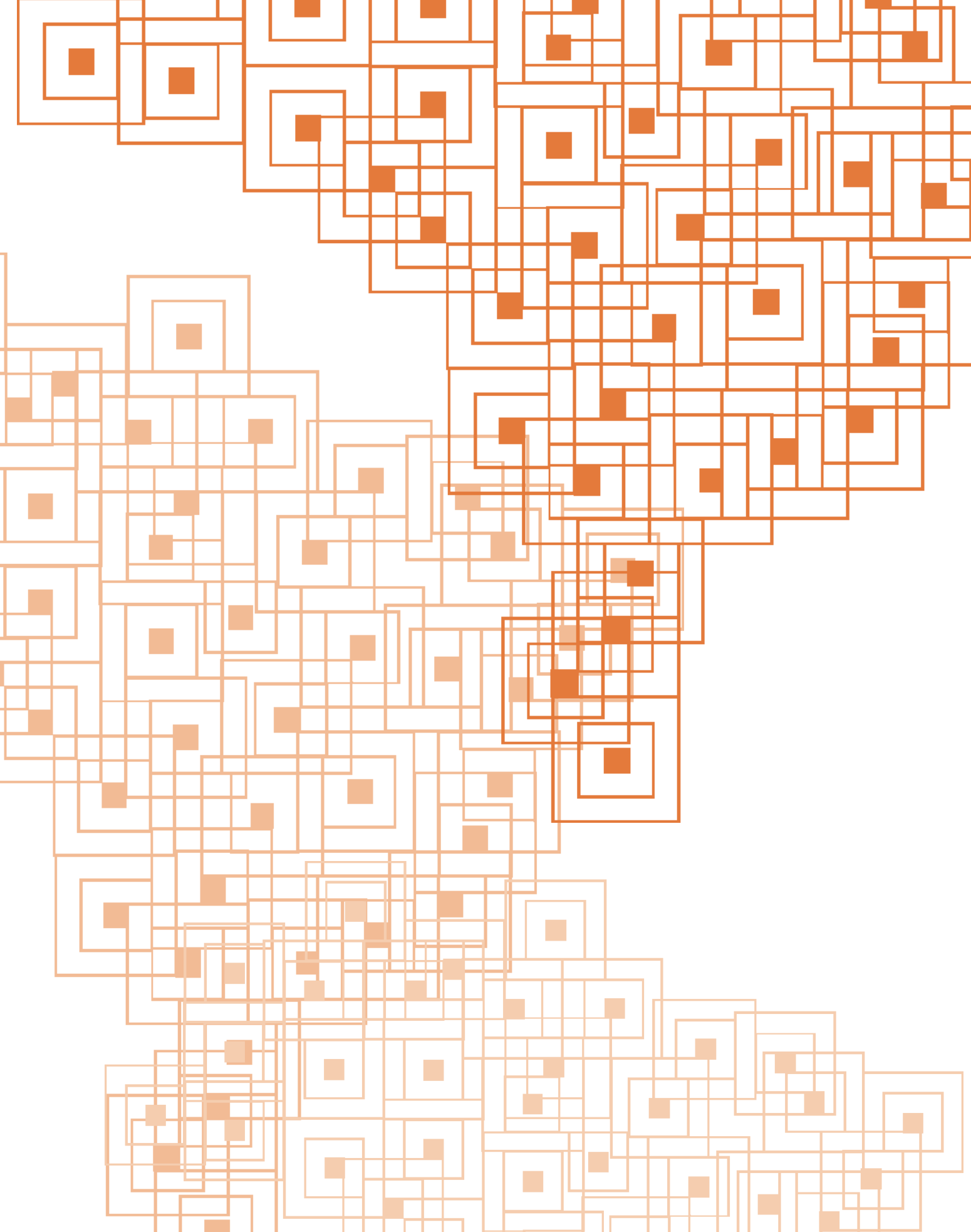
2015

Coordenação de Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Prédio Professor Joaquim Alberto Cardoso de Melo
Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ
CEP: 21041-210
www.ead.fiocruz.br

Insanidade é continuar fazendo sempre a mesma coisa e esperar resultados diferentes.

Albert Einstein (1879-1955)





Autores

Adolfo Horácio Chorny

Professor titular de Planejamento em Saúde da Ensp/Fiocruz; consultor do Programa de Serviços de Saúde na Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS), Washington-DC, entre outros diversos trabalhos de docência e assessoria técnica nacionais e internacionais; atua em projetos de assessoria técnica nas áreas de planejamento, formulação e avaliação de politicas e organização e gestão de sistemas e serviços de saúde e rede assistencial.

Anilska Medeiros de Lira

Enfermeira, Mestre em Saúde Pública (Ensp/ Fiocruz). Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Ensp/ Fiocruz). Atua na área de Administração em Saúde e de Saúde Coletiva, com ênfase em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Cristiani Vieira Machado

Médica sanitarista; doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Ingrid Vargas Lorenzo

Economista, Doutora em Saúde Pública, e metodologia de investigação biomédica, Mestre em Política Públicas e Sociais. É pesquisadora do Serviço de Estudos e Prospectivas em Políticas de Saúde (SEPPS) do Consórcio de Saúde e Social da Catalunha, onde desenvolve atividades de investigação, assessoria técnica à formulação de políticas de saúde, consultoria nacional e internacional, e docência.

Jose Luis Segu Tolsa

Farmacêutico; Especialista em Saúde Pública; Mestre em Economia da Saúde e Gestão Sanitária. Foi responsável pelo Serviço de Estudos e Prospectivas em Políticas de Saúde (SEPPS) do Consórcio de Saúde e Social da Catalunha e diretor de consultoria do Consórcio de Saúde da Catalunha. Como consultor, trabalhou em projetos de reforma e reorganização de sistemas de saúde em países da América Latina e Caribe. É professor associado da Faculdade de Farmácia da Universidade de Barcelona e professor do Mestrado em Economia da Saúde e Fármaco-economia, da Universidade Pompeu Fabra, Barcelona.

Letícia Batista Silva

Assistente Social; Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (ENSP/Fiocruz), Mestre em Serviço Social (UFRJ); Doutoranda em Serviço Social (UERJ). Atuou por 14 anos ano Hospital do Câncer II, unidade especializada em ginecologia oncológica, do Instituto Nacional de Câncer. É pesquisadora e professora do Laboratório de Gestão da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz.

Luciana Dias de Lima

Médica sanitarista; doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Maria Luiza Vazquez Navarrete

Médica; Especialista em Medicina Preventiva e Saúde Pública; Doutora em Medicina (Universidade de Heidelberg); Mestre em Planificação, Financiamento e Políticas de Saúde (Universidade de Londres). Responsável por Investigação e Desenvolvimento no Serviço de Estudos e Prospectivas em Políticas de Saúde (SEPPS) do Consórcio de Saúde e Social da Catalunha. Foi pesquisadora do Instituto de Higiene Tropical e Saúde Pública de Heidelberg e professora de Promoção da Saúde e Saúde Pública Internacional na Escola de Medicina Tropical de Liverpool. Nos últimos 20 anos, tem realizado pesquisa no âmbito da Saúde Pública na América Latina.

Maura Taveira e Silva Oliveira

Médica (UFRJ); Sanitarista e Especialista em Planejamento em Saúde (ENSP/Fiocruz); Professora e pesquisadora aposentada da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde, especialmente programação em saúde e sistemas de apuração de custos em saúde.

Rosana Kuschnir

Médica (UFRJ); Sanitarista e Especialista em Planejamento em Saúde (ENSP/Fiocruz); Mestre em Gestão de Serviços de Saúde (Birmingham University/UK); Doutora em Saúde Coletiva (IMS/ UERJ). Professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública. Experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Atua em ensino, pesquisa e assessoria técnica/cooperação, em especial nos temas de planejamento, programação, organização e gestão de sistemas e serviços de saúde e de redes assistenciais.

Tatiana Wargas de Faria Baptista

Psicóloga; doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Organizadoras

Marcia Cristina Rodrigues Fausto

Graduação em Serviço Social (UFF, 1988); mestre em Saúde Coletiva (UERJ, 1997); Doutorado em Saúde Coletiva (UERJ, 2005). Professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas de saúde; sistemas de saúde e atenção primária em saúde.

Rosana Kuschnir

Colaboradora

Patricia Dutra Sayd

Psicóloga (UERJ); Mestre em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Economia da Saúde e planejamento em Recursos Humanos, atuando principalmente nos seguintes temas: equidade, modelo assistencial, financiamento, custos hospitalares, planejamento hospitalar e plano de carreira de pessoal.

Sumário

Prefácio 11

Apresentação 13

V

Planejamento, programação e organização da atenção à saúde

10. Planejamento e programação em saúde: conceitos básicos 19
Adolpho Horácio Chorny, Rosana Kuschnir, Maura Taveira

11. O diagnóstico de situação 37
Adolpho Horácio Chorny, Rosana Kuschnir, Maura Taveira, Anilska Medeiros

12. Identificando problemas e definindo estratégias de intervenção 59
Adolfo Horácio Chorny, Rosana Kuschnir, Anilska Medeiros

VI

Planejamento e programação em saúde II

13. Definindo o problema 77
Rosana Kuschnir e Letícia Batista da Silva

14. Enfrentando o câncer de colo do útero 93
Rosana Kuschnir e Letícia Batista da Silva

15. Enfrentando o câncer de mama 109
Rosana Kuschnir e Letícia Batista da Silva

VII

Mecanismos de gestão e coordenacão de redes de atencão à saúde

16. Coordenação assistencial: enfrentando a fragmentação na produção do cuidado 130
Rosana Kuschnir

17. Coordenação: condicionantes e instrumentos 155
Maria Luisa Vazquez Navarrete, Ingrid Vargas Lorenzo, Jose Luis Segu Tolsa e Rosana Kuschnir

VIII

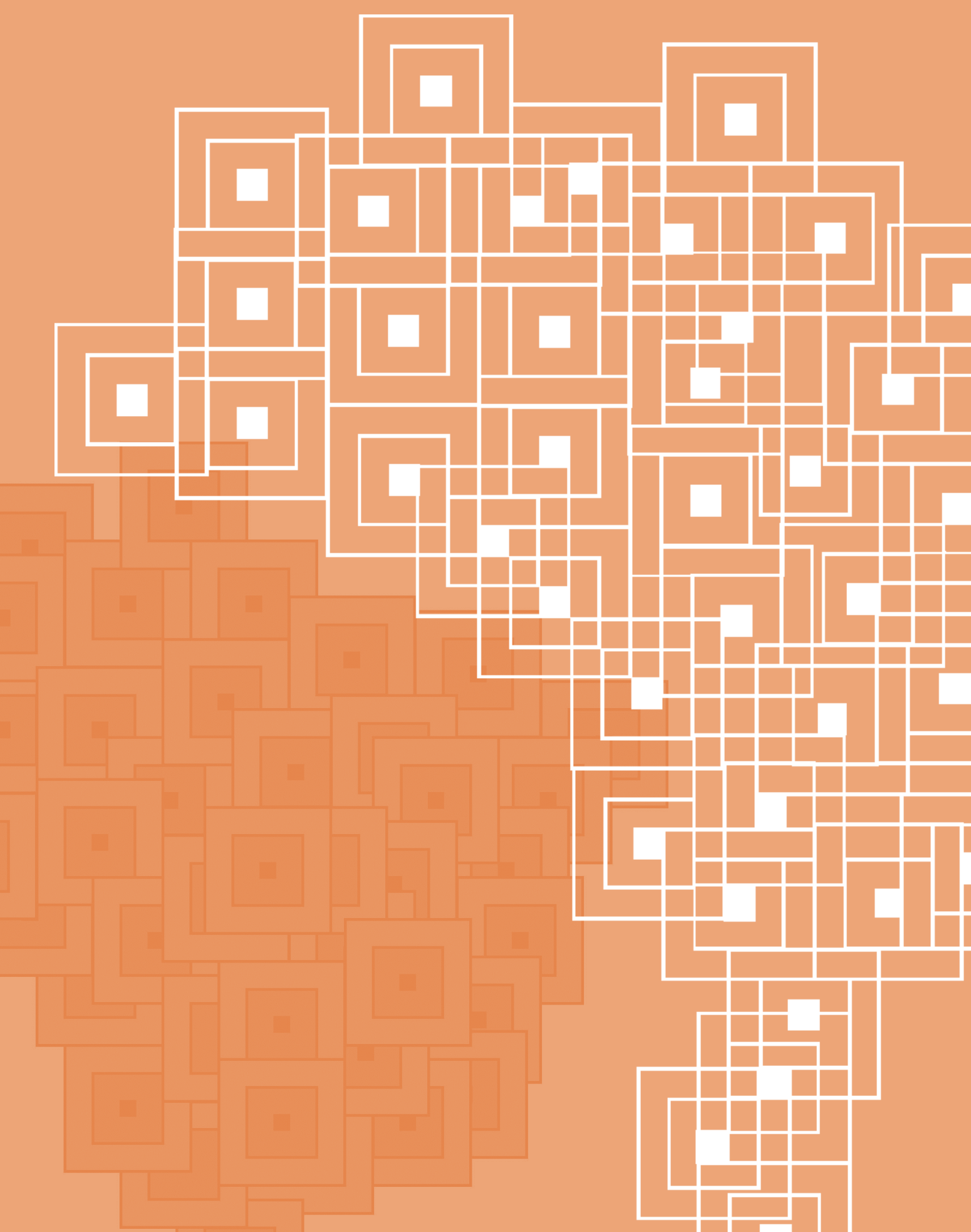
A coordenação federativa das redes de atenção à saúde no território

18. O papel das três esferas de governo na gestão do SUS 203
Luciana Dias de Lima, Cristiani Vieira Machado e Tatiana Wargas de Faria Baptista

19. Mecanismos e instrumentos de gestão compartilhada no SUS 221
Luciana Dias de Lima, Cristiani Vieira Machado e Tatiana Wargas de Faria Baptista

20. As transferências intergovernamentais de recursos financeiros no SUS 245
Luciana Dias de Lima

Siglas 264



Prefácio

É com grande alegria que aceitei o convite para fazer o prefácio da publicação Gestão de Redes de Atenção à Saúde, que se propõe a recolocar o foco no planejamento e a produção de saúde no centro dos esforços da gestão.

No Brasil, o exercício do planejamento tem história, mas foi se descaracterizando pelo entendimento de que a realidade é contingente e portanto, seria inútil tentar adiantar-se a ela ou esforçar-se para organizá-la. Em particular no campo da saúde, o planejamento que foi motor de inovação em meados dos anos 70 e 80, perdeu a importância ao transformar-se em instrumento normativo, espécie de regra imutável a ser seguida, em exercício burocrático limitado ao preenchimento de formulários e planilhas, em contrapartida ao repasse de recursos. E assim, foi-se esvaziando de seu caráter de instrumento de mudança.

Atualmente, nota-se um revigoramento da percepção do planejamento como instrumento indispensável para a gestão de sistemas e serviços.

Esta nova abordagem requer readequar o pensamento para encarar os desafios colocados por uma realidade em mudança, conflitiva, complexa, que impõe inúmeros desafios para se adequar às necessidades do povo brasileiro.

Uma abordagem desse tipo começa por reconhecer a insuficiência dos instrumentos normativos pré-concebidos e obriga a tentar propor não apenas instrumentos, mas modos de transitar pelo processo de planejamento em saúde. Neste modo de transitar, é fundamental a participação reflexiva e comprometida do planejador. Não se trata mais de fornecer elementos prontos, mas de mostrar os caminhos que poderiam ser trilhados, de modo a despertar a inquietação dos que participam deste movimento ou a ele se integram.

Por isso, este Curso mostrará experiência acumulada e modos de olhar e identificar problemas, mas não fornecerá receitas. O que se quer é que, juntos, enriqueçamos os nossos instrumentos de apreciação da realidade para que cada um possa enfrentar os desafios colocados por sua prática, sabendo que o plano não é um frio conjunto de metas, mas uma sugestão que deverá ser permanentemente readequada a partir dos insumos que a realidade forneça.

Assim sendo, nos espera uma longa caminhada em busca de um destino que inclui o bem estar do povo brasileiro e dentro dele, nosso bem estar. Nós somos povo e só na medida em que reconheçamos este pertencimento, poderemos trabalhar e reagir diante do sofrimento e das necessidades nossas e de nossos concidadãos.

Adolfo Horácio Chorny
Professor Titular de Planejamento
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz

Apresentação

A organização de redes de atenção à saúde é estratégica no enfrentamento do maior desafio colocado ao sistema de saúde brasileiro: a efetiva garantia do direito à atenção integral, resolutiva e de qualidade a todos os cidadãos, de acordo com suas necessidades.

Na última década, a regionalização e as redes voltaram ao centro da política de organização de serviços e de consolidação do SUS. A Portaria 4279 do Ministério da Saúde, de dezembro de 2010, propôs diretrizes e estratégias para a implementação das redes, entre as quais o fortalecimento da atenção primária, do papel das instâncias regionais na governança das redes, da integração das ações de âmbito coletivo com as de âmbito individual e da implementação do processo de planejamento.

Já o Decreto nº 7508/11 que em 2011 regulamentou a Lei nº 8080/90, definiu conceitualmente a região de saúde e instituiu as comissões intergestores como as instâncias de pactuação entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, a partir da organização de redes de atenção, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Além da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e das Comissões Intergestores Bipartites (CIB), já então em pleno funcionamento, instituiu as Comissões Intergestores Regionais (CIR), institucionalizando um espaço de pactuação, planejamento e gestão regional. Criou ainda o Contrato de Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), instrumento para a pactuação entre entes federativos que estabelece estratégias, metas e responsabilidades para a constituição da rede de atenção numa dada região.

Este novo enfoque na constituição de redes e do espaço regional representa um desafio aos gestores e técnicos do SUS, que devem responder a muitos e variados problemas. A política e sua gestão devem dar conta de uma vasta gama de questões a todos os níveis, que vão do âmbito estratégico – como deve ser constituído e consolidado o espaço regional? – às atividades operacionais mais cotidianas – como compartilhar sistemas de transporte?

A gestão de redes, compreendida em seu sentido amplo - planejamento, programação, avaliação –, ao mesmo tempo em que se realiza a gestão cotidiana de processos fim e processos meio –, é tarefa extremamente complexa. A nova política, ao institucionalizar os espaços regionais de pactuação e gestão, com novas competências, também demanda de gestores e técnicos competências e habilidades específicas.

Este é também um desafio para os processos de formação. Para a construção da gestão regional e re(instituição) de seu espaço próprio, uma multiplicidade de saberes são necessários, o que pressupõe uma multiplicidade de projetos de formação articulados, dirigidos a processos-fim específicos – na área das vigilâncias em saúde ou da gestão de equipes de saúde em atenção primária, por exemplo – ou processos-meio, como gestão de informações, de insumos ou e equipamentos e estruturas físicas.

É nesse contexto que o Curso de Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, modalidade a distância, trabalha com uma proposta de formação de concepção sistêmica, que propicie a compreensão do processo de construção das redes em suas diferentes dimensões e capacite o aluno-profissional a exercer o papel de articulação e integração. Fruto da parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) e o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), tem por objetivo apoiar a política de constituição de redes com ênfase no planejamento e gestão. Em especial, em suas dimensões de diagnóstico e desenho de estratégias de intervenção, na discussão de modelos assistenciais, programação de ações e serviços, organização da atenção e seus mecanismos de gestão com a utilização de mecanismos de coordenação assistencial e de gestão da clínica.

Os conteúdos do Curso são organizados em oito unidades de aprendizagem, divididas em 2 volumes. No primeiro volume foram apresentadas a Unidade de Aprendizagem I, "A política de saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde; a Unidade II, "Redes de atenção à saúde: histórico e conceitos fundamentais"; a Unidade III, "Conceitos de saúde e doença e perfis epidemiológicos no Brasil" e a Unidade IV, "Vigilâncias do campo da saúde: caracterização e processo de trabalho".

Neste segundo volume, completamos o material do Curso com a apresentação das demais Unidades de Aprendizagem.

A Unidade de Aprendizagem V, "Planejamento, programação e organização da atenção I", apresenta os conceitos básicos do planejamento e da programação em saúde e seus diferentes momentos. Tomando como imagem-objetivo a constituição de redes de atenção à saúde, trabalha especificamente o diagnóstico em suas várias dimensões, metodologias e instrumentos e discute a construção e utilização de indicadores. Trabalha ainda o processo de identificação de problemas, eleição de prioridades e definição de estratégias de intervenção, com ênfase nos conceitos de viabilidade, factibilidade e coerência.

A Unidade de Aprendizagem VI, "Planejamento, programação e organização da atenção II", dá continuidade à discussão iniciada na UA V, buscando a aplicação de conceitos em um caso: o dos cânceres do colo do útero e de mama, utilizados como exemplo para a apresentação e discussão da metodologia de planejamento e programação de uma linha de cuidado. Ao longo da UA são identificadas as formas pelas quais conceitos advindos da epidemiologia, da clínica, do planejamento e da gestão, combinam-se de forma a construir um olhar comum sobre o objeto de intervenção.

A Unidade de Aprendizagem VII, "Mecanismos de gestão e coordenação de redes de atenção à saúde', foca num dos atributos centrais das redes de atenção, a coordenação assistencial, tanto no âmbito da articulação entre níveis assistenciais como no da gestão clínica. Tomando como ponto de partida a discussão da fragmentação, apresenta possíveis caminhos para seu enfrentamento, entre os quais instrumentos de política e mecanismos de coordenação. Apresenta os principais conceitos e discute os mecanismos e instrumentos de coordenação de forma articulada às demais dimensões estratégicas da constituição de redes de atenção.

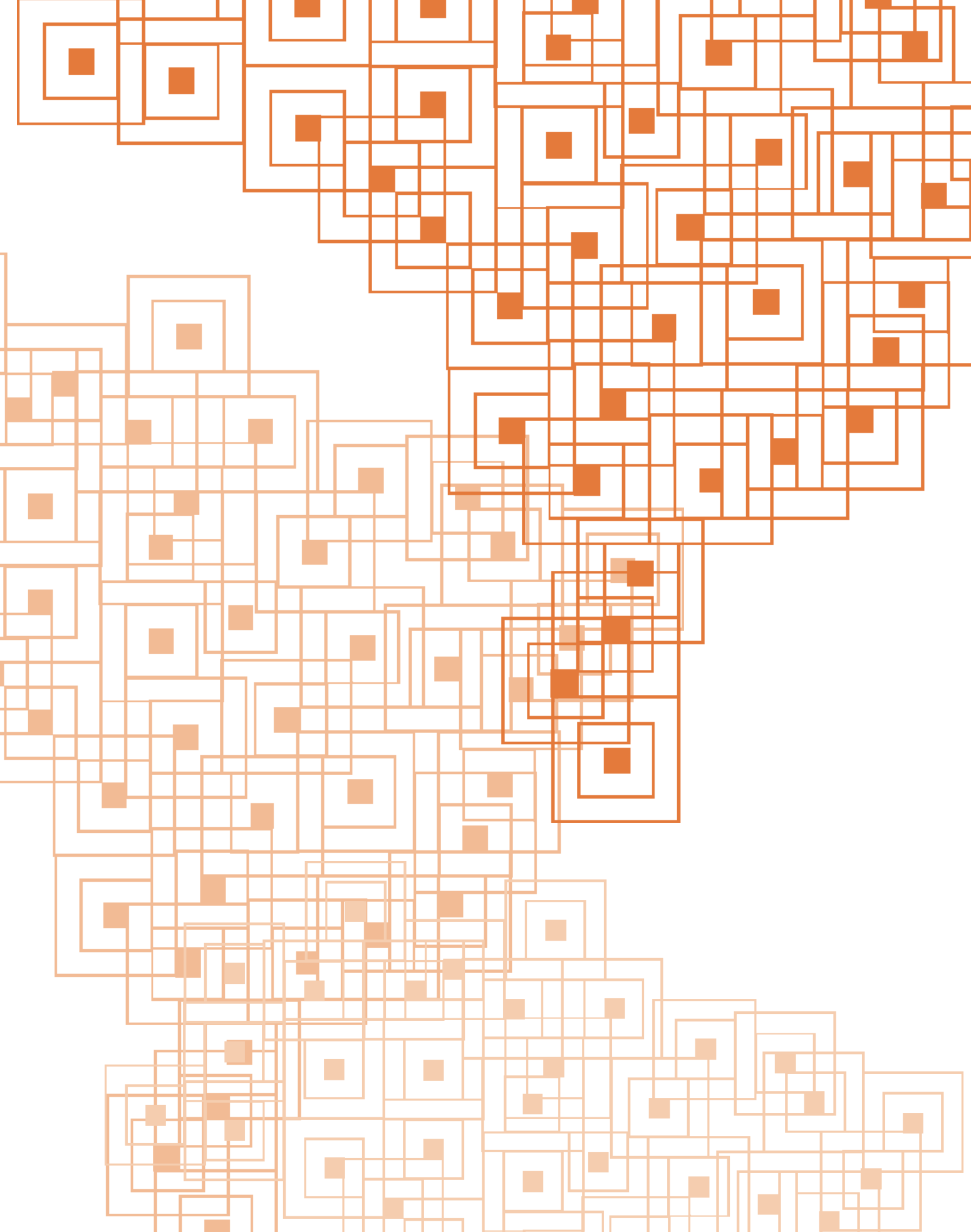
A Unidade de Aprendizagem VIII, "A coordenação federativa das redes de atenção à saúde no território", apresenta o modo como a coordenação federativa foi instituída na política de saúde e a definição do papel e das atribuições dos gestores do SUS, abordando a divisão de competências e responsabilidades entre os governos federal, estaduais e municipais. Aprofunda-se a discussão acerca dos mecanismos e instrumentos de gestão compartilhada, das organizações colegiadas e dos instrumentos de pactuação e formalização dos acordos governamentais no SUS. São apresentados, ainda, os mecanismos de transferências intergovernamentais de recursos financeiros e a forma como os instrumentos de partilha de recursos foram instituídos no âmbito do SUS.

A partir dos conteúdos apresentados nos Livros I e II, o Curso buscou construir um caminho pedagógico que ao mesmo tempo em que articula conteúdos e base instrumental, permita a construção de pensamento autônomo, na busca da tradução das diretrizes gerais da constituição de redes de atenção às especificidades locais.

É também a proposta que o caminho pedagógico assim construído possa resultar em trabalhos de conclusão de curso que se constituam em efetivos projetos de intervenção e que representem avanços tanto do ponto de vista da apropriação de conceitos e metodologia por parte dos alunos-profissionais como na construção efetiva das redes de atenção nos territórios, resultando em maior capacidade do sistema de saúde em atender às necessidades de sua população, garantindo maior acesso e diminuição de desigualdades.

Rosana Kuschnir
Márcia Cristina Rodrigues Faus
Organizadoras

V | Planejamento, programação e organização da atenção à saúde



10. Planejamento e programação em saúde: conceitos básicos

Adolpho Horácio Chorny, Rosana Kuschnir e *Maura Taveira*

O que é planejamento em saúde? Para que serve?

Muitas vezes, imagina-se que o planejamento é a simples elaboração de um plano, frequentemente compreendido como um documento que deve ser redigido para obter recursos. Ou a definição de normas para serem seguidas por todos os que trabalham numa dada instituição ou, ainda, o cálculo de recursos materiais, humanos ou financeiros necessários para que um determinado programa ou serviço funcione.

Embora todas as atividades citadas possam (e devam) formar parte do processo de planejamento, este é muito mais do que apenas alguns de seus aspectos operacionais. Sucintamente, pode-se dizer que o planejamento parte de uma determinada visão de como as coisas deveriam ser e permite definir que caminhos seguir para se chegar até lá.

Neste módulo, discutimos os conceitos básicos do planejamento e da programação em saúde e esperamos que ao final de seu estudo você possa compreender as premissas gerais do processo de planejamento em saúde, identificar seus diferentes momentos e entender o processo do diagnóstico de situação e o papel central da função avaliação.

Alguns dos aspectos que serão apresentados, como a análise da situação de saúde e a utilização de indicadores epidemiológicos, você já conheceu de forma inicial na Unidade III e verá aqui em maior profundidade.

Além dos exercícios que você realizará ao longo deste módulo e desta unidade, na UA VI você terá a oportunidade de ver a aplicação dos conceitos a um problema concreto.

O processo de planejamento

a) Objetivos, factibilidade e viabilidade

Em nosso Curso, estamos partindo do pressuposto de que nosso objetivo é a constituição de redes de atenção à saúde, como estratégia para a construção de um sistema universal, equitativo e que provê atenção integral, como você estudou nas Unidades de Aprendizagem I e II.

Neste módulo, partimos da discussão do processo de planejamento e de programação como base para o processo de transformação e de mudança. Como dissemos, o planejamento permite definir os caminhos para mudar uma determinada realidade. Ou, dito de outra forma, planejar consiste em decidir com antecedência o que fazer para mudar as condições atuais, de modo a alcançar os objetivos que nos colocamos.

O primeiro passo, portanto, é estabelecer estes objetivos. As primeiras questões a serem respondidas são exatamente: Onde queremos chegar? Quais os objetivos a serem alcançados? Que situação consideramos ideal?

Se os objetivos não estão claros, ainda que se possa alcançar algum controle sobre as atividades que são realizadas e sobre o consumo de recursos e fazer com que as coisas "andem", este é um processo sem planejamento, sem direção, sem que se saiba aonde se quer chegar e onde nos levarão os caminhos que estamos trilhando.

A falta de clareza de onde se quer chegar também faz com que, na prática, muitas vezes nos esqueçamos de algo que parece evidente: o propósito da gestão de serviços de saúde (assim como do próprio planejamento) é a saúde, ou seja, a melhoria das condições de saúde das populações ou grupos aos quais essas ações e serviços se dirigem. Sem planejamento, este objetivo é perdido de vista e passa-se a considerar a própria administração de recursos – materiais, humanos e principalmente financeiros – como o objetivo final. Ou seja, o que são os meios passam a ser os fins.

No entanto, ainda que seja essencial a definição dos objetivos a serem alcançados, também é preciso evitar uma armadilha comum: que o processo de planejamento e o plano resultante fiquem restritos a simples declarações de como "o mundo deveria ser". Um bom plano é testado na prática e, por definição, deve ser factível tecnicamente e viável politicamente, sob o risco de se transformar apenas num exercício para quem planeja. Para passar no teste da prática, o plano deve estabelecer claramente de que forma operacionalizar as intervenções propostas e, se as condições para sua viabilização não estão completamente dadas, apontar as estratégias para criá-las.

Assim, não basta a um plano enunciar que as taxas de mortalidade infantil devem ser reduzidas. Até aí, esta é a expressão de um desejo.

É necessário que o plano, em seu diagnóstico, identifique as razões de taxas altas de mortalidade e que sejam elaboradas estratégias para enfrentar estas causas.

Além disso, para que as estratégias sejam implementadas, é necessário definir as atividades a serem realizadas e os recursos necessários para que isto aconteça. Se estes recursos não existem no momento, poderão existir no futuro? Como isto se dará?

Tomemos o exemplo de um problema de saúde: o câncer do colo do útero. Sabemos que como estratégia de prevenção e detecção precoce de casos, o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer preconizam a realização do exame citopatológico em 100% da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos.

Portanto, para este problema de saúde, o objetivo dos gestores municipais e estaduais deve ser o de diminuir a incidência e mortalidade de câncer do colo do útero, utilizando como estratégia a prevenção e detecção precoce de casos, através da realização do exame e identificação, tratamento e acompanhamento de casos de acordo com os estágios da doença. No entanto não basta, como muitas vezes é feito, que no plano se declare que se deseja realizar cobertura de 100% da população feminina de 25 a 64 anos, ou seja, que toda a população alvo do programa realizará o procedimento.

O plano deve identificar qual a cobertura realizada atualmente: qual o percentual da população alvo do programa que efetivamente realizou o procedimento no período considerado. A seguir, se esta estiver longe de100% (o que é muito comum), deve identificar as razões para a situação encontrada. Identificados os problemas, cabe elaborar as estratégias para enfrentá-los e quais e quantos recursos serão necessários para tal.

Assim, em um bom plano não se afirma que se realizará 100% de cobertura apenas como declaração de boa vontade. Em um bom plano, seria estabelecida a cobertura atual como ponto de partida e definido que para chegar aos 100% pretendidos, seriam necessárias tais e tais estratégias e tais e quais recursos físicos, materiais, humanos, financeiros. Se estes recursos não estiverem disponíveis de imediato (como geralmente não estão), devem ser estabelecidas metas intermediárias – por exemplo, um incremento inicial de 10% no próximo ano e incremento gradual nos anos posteriores – até atingir os 100%. Durante todo o processo de implementação do plano, seriam avaliadas suas estratégias e seus resultados, de modo a fazer os ajustes necessários para alcançar os objetivos e metas estabelecidos.

É importante ressaltar que a identificação dos problemas a enfrentar e os caminhos a seguir não são únicos, nem universais. Dependendo da perspectiva e dos interesses em jogo, o que é problema para alguns pode ser solução para outros. Assim, é fundamental identificar o(s) ator(es) social(ais) que planeja(m) – indivíduos, grupos, instituições – do que dependerão os objetivos e metas definidos e as estratégias a serem adotadas.

Existem diversos métodos e teorias de planejamento, que variam de acordo com os objetivos que se perseguem, desde uma simples projeção de tendências a modelos complexos com base em diferentes marcos teóricos e conceituais. Em geral, ao realizar o planejamento, utilizam-se diferentes procedimentos e metodologias advindas dos vários modelos. Neste sentido, não existe "o" método de planejamento, a ser utilizado em todas as instâncias, capaz de dar conta de todos os casos e de todos os momentos do processo. Na realidade, dependendo de quem planeja, dos objetivos e do momento em que se esteja no processo, são utilizados elementos de diferentes métodos e disciplinas.

Para praticar

O texto a seguir foi extraído do artigo "Planificação em saúde: velhas ideias, novas roupagens", que consta da bibliografia.

> ... Outra questão colocada está referida aos fins perseguidos pelo planejamento. Para quê se planifica é uma pergunta fundamental quase nunca feita. Se verifica na prática que a maior parte dos planejadores o faz porque se supõe que esta é sua função. Deste modo, o plano se converte na finalidade última de quem planeja. Se planeja para ter um plano e o plano é necessário porque existem determinações superiores (algumas vezes, nem isto) para que se faça o plano. Ou, o que é pior, os planos são feitos porque sempre se fizeram planos. Ninguém [...] espera que o plano seja algo além de uma peça orçamentária a ser invocada em oportunidades selecionadas. Se trata de um planejamento ritual.
>
> Em outros casos, o planejamento é feito com a esperança de que sirva para solucionar os diferentes males que afetam a organização. São feitos exaustivos estudos e análises que dão origem a extensos diagnósticos, mas na hora de definir o curso de ação, é tão grande o número de problemas detectados e são tão variadas suas causas, que a proposta está muito longe de aproximar-se ao que seria desejável. Trata-se do planejamento "Aquarela do Brasil", começa com uma sinfonia e termina como uma marchinha (Chorny, 1993, p. 37).

O que você acha das afirmativas do autor? Em sua experiência você teve contato com processos semelhantes?

Discuta com seu tutor e faça o registro de sua resposta no AVA.

b) Algumas premissas

O planejamento pode ser definido como o processo pelo qual determinamos que caminhos poderiam ser seguidos para se chegar à situação desejada. Significa, portanto, definir de antemão o que fazer para mudar as condições atuais de maneira que se possa ter razoável certeza de que nos aproximaremos às condições que permitam concretizar os objetivos estabelecidos ao formular o plano.

Em linhas gerais, o processo de planejamento consiste em:

- identificar problemas – atuais e futuros;
- identificar os fatores que contribuem para a situação observada;
- identificar e definir prioridades de intervenção para implementar soluções;
- definir estratégias/ cursos de ação que podem ser seguidos para solucionar os problemas;
- definir os responsáveis pelo desenvolvimento destas ações;
- definir os procedimentos de avaliação que permitirão monitorar a implementação da ação para avaliar se o que se propôs realmente está adequado aos objetivos;
- definir os procedimentos de avaliação que permitirão avaliar se os resultados obtidos são os esperados.

Antes de discutir o processo de planejamento, caberia esclarecer algumas premissas, alguns pontos de partida.

O primeiro, tal como já foi declarado, é que o objetivo principal do planejamento em saúde é a saúde e que seu propósito é contribuir para a melhoria do nível de saúde da população tanto quanto seja possível, dados o conhecimento e recursos disponíveis. Embora isto possa parecer evidente, muitas vezes as estratégias de intervenção propostas estão dirigidas centralmente à gestão operacional dos serviços ou ao controle da utilização de recursos, especialmente de recursos financeiros, sem que se tenha claro de que forma estas atividades contribuirão para que a população seja mais adequadamente tratada – e assim a gestão dos meios passa a ser um fim em si mesma.

Por exemplo, é comum encontrarmos “planos” que propõem a realização de um determinado número de consultas e outros procedimentos (em geral, propostas de aumento significativo) ou novos investimentos em recursos – físicos, humanos ou financeiros – sem que em nenhum

momento seja considerado de que forma as ações propostas modificarão a situação atual – e menos ainda, que impacto terão sobre as condições de saúde da população ou grupos a que se destinam.

Outro ponto importante é que o plano é um instrumento flexível. Embora o plano vá expressar os resultados de todo o processo de diagnóstico, análise e elaboração técnica e política – expressando acordos e pactos – sua utilidade é a de servir como bússola para nortear as atividades que serão realizadas; é apenas um instrumento, um meio para buscar concretizar as mudanças desejadas. O plano não pode nem deve ser considerado uma camisa de força. Quando a realidade e o plano entram em colisão, o que deve ser adequado é o plano.

No processo de planejamento, o plano deve ser avaliado continuamente e readaptado de acordo com as dificuldades encontradas na prática. Portanto, não só pode como deve ser modificado e atualizado, à medida em que se realiza o processo de avaliação de sua implantação. Quando o plano é assumido de forma inflexível, não permite que o próprio processo de mudança ocorra, ao ignorar os limites que a realidade impõe e as adequações que se fazem necessárias.

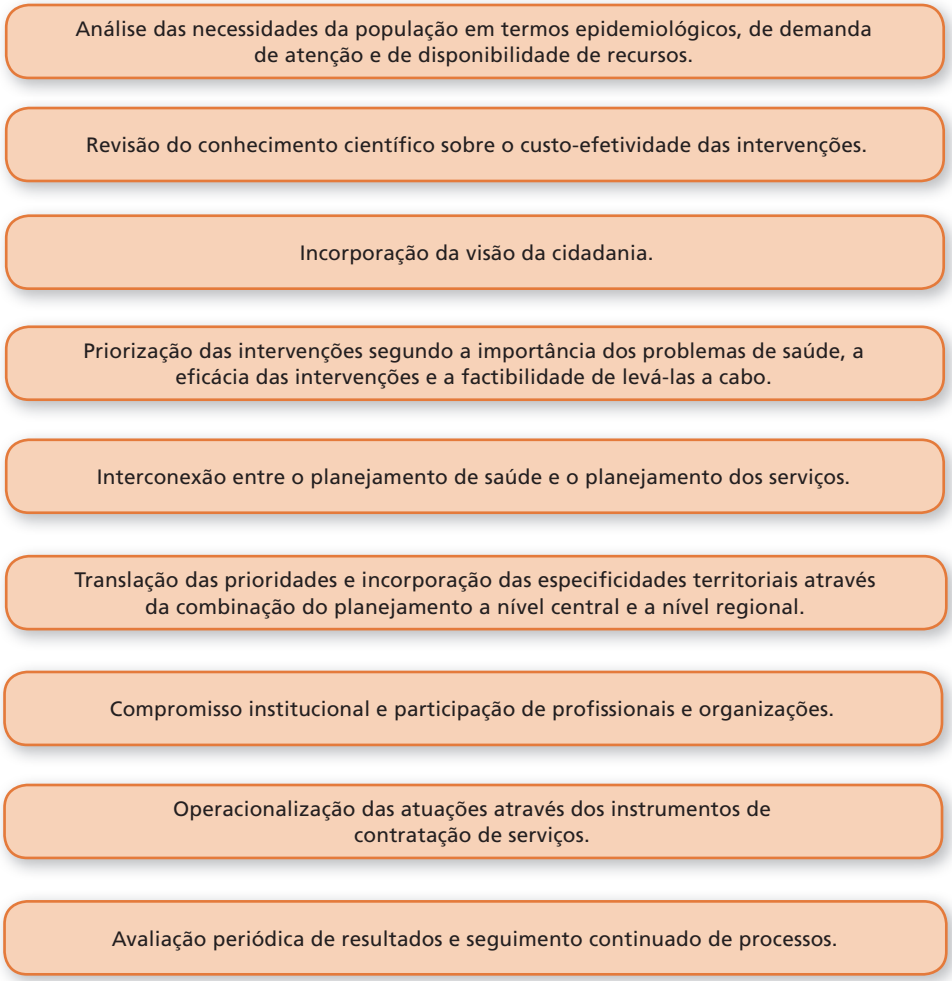
Finalmente, o plano não deve ser apenas a expressão dos desejos de quem planeja, simplesmente uma declaração de como o mundo "deveria ser". Mais uma vez destacamos que os objetivos e estratégias expressos no plano devem ser factíveis do ponto de vista técnico e viáveis do ponto de vista político, guardando, portanto, relação com a realidade. Se for diagnosticado que não estão dadas as condições para que mudanças consideradas essenciais sejam realizadas, faz parte do processo de planejamento – e deve constar do plano –, o desenho de estratégias que ajudem a criar estas condições num futuro próximo.

O planejamento está necessariamente relacionado à ação e é na prática que o plano se justifica. Um "plano" com um diagnóstico muito bem elaborado e com estratégias e propostas de intervenção muito bem apresentadas, mas que são infactíveis e inviáveis, que esbarram nos limites da realidade ou no "poder da política", pode ser um bem elaborado exercício, mas não é um plano.

Para refletir

Imagine uma situação de sua realidade de trabalho que precisa ser mudada e que, para tanto, precisa ser planejada. Com base nessa situação, quais seriam seus limites de ação? Que questões técnicas ou políticas poderiam impedir o seu plano de avançar no sentido de concretizar-se?

Figura 1 – Exemplo de Processo de Planejamento em um Sistema Nacional de Saúde – Comunidade Autônoma da Catalunha, Espanha, Plano de Saúde 2011-2015



Fonte: Fusté, 2012.

c) Momentos do planejamento

A atividade de planejamento pode ser dividida em três momentos: estratégico, tático e operacional. A habilidade do planejador e/ou da equipe de planejamento é medida por sua capacidade de articular as diversas abordagens que caracterizam cada um desses momentos. Na verdade, o planejador deve tratar, ao mesmo tempo, questões que se referem tanto ao curto como ao longo prazo, questões que se referem ao presente e ao futuro.

O **momento estratégico** consiste na definição da condução do processo de planejamento e a sua determinação no espaço da política. Neste momento se trata dos processos relacionados com as mudanças estruturais ou organizacionais de médio e longo prazo e da identificação dos atores sociais relevantes para a viabilidade da proposta, sejam eventuais aliados ou adversários a serem considerados. À medida que o horizonte temporal se distancia do presente, aumenta o grau de incerteza, as metas perdem precisão e os objetivos são mais qualitativos do que quantitativos.

Para determinar quais as ações estratégicas, é necessário:

- que exista um diagnóstico acerca da situação a ser enfrentada;
- que seja identificado um conjunto de problemas relevantes sobre os quais a organização que planeja tenha capacidade de intervenção;
- determinar prioridades;
- monitorar e avaliar a condução do processo, de modo a introduzir mudanças, se necessário.

O **momento tático** se refere ao planejamento de curto prazo, ou seja, o que habitualmente se compreende por programação. O horizonte temporal da programação é mais estreito e o objetivo é determinar o conjunto de ações que permitam concretizar os objetivos fixados no momento estratégico, ou criar as condições necessárias para que esses objetivos sejam viáveis no futuro. O objetivo principal da programação é determinar as ações que maximizem o rendimento dos recursos para o alcance dos objetivos estratégicos.

Se por um lado, no momento estratégico os objetivos que se quer alcançar (imagem-objetivo) são mais difusos e indefinidos, no momento da programação devem ser bem definidos e quantificados, ou seja, expressos em metas, para que seja possível verificar seu cumprimento no prazo proposto. As metas quantificam e detalham os objetivos, permitindo a avaliação do plano e a definição de indicadores.

Outra diferença entre os dois momentos é que, enquanto no momento estratégico podem ser exploradas possibilidades mais amplas, a programação é mais limitada por contornos legais e normativos. Nesta medida, enquanto o plano estratégico delineia as linhas gerais norteadoras da intervenção, a programação trabalha com maior grau de detalhamento, de modo a orientar a implementação.

O **momento operacional** se refere à execução propriamente dita, em essência no âmbito da gestão. Os prazos com que se trabalha a este nível são muito mais curtos, da ordem de meses, semanas ou mesmo de dias. As decisões são tomadas com base nos problemas cotidianos e geralmente sob muita pressão. Exatamente por isto, há a necessidade de que as orientações mais gerais ligadas à definição estratégica e tática estejam discutidas, clareadas e incorporadas, de modo a orientar e dar direcionalidade ao trabalho do dia a dia.

Existe algum grau de correspondência entre os momentos do planejamento e os níveis institucionais que correspondem a diferentes níveis de decisão ao longo do processo. De acordo com Testa (1995), a lógica da programação não depende apenas dos objetos, mas depende também dos processos a que os objetos estão submetidos, os quais por sua vez dependem do nível em que são processados.

Para ilustrar esta formulação, Testa (1995) toma como exemplo os diversos entendimentos e percepções associados a um recurso amplamente empregado nos serviços de saúde: o algodão.

Para o médico ou para a enfermeira que trabalha em um consultório, trata-se de um produto que deve estar diariamente disponível. Para o administrador do hospital, trata-se de um item de consumo que deve ser distribuído de maneira conveniente ao longo do ano. Já para o nível central, o algodão desaparece dentro de uma rubrica do orçamento e "material de consumo", que é o agregado com o qual trabalham os responsáveis pelo orçamento e o planejamento a esse nível. Para a área econômica, o algodão é um dos produtos primários sobre o qual se podem definir políticas específicas para o incentivo ou não de sua produção, fazendo uso dos elementos de que se dispõe. Este exemplo mostra também que o planejamento e a programação são realizados em diferentes níveis de uma organização e que o mesmo objeto será tratado por diferentes abordagens.

O processo diagnóstico

A partir da definição de objetivos, o processo de planejamento inicia-se pela identificação de problemas – atuais e futuros, e dos fatores que contribuem para a situação observada. A partir dessa identificação, definem-se as estratégias de intervenção para alcançar as mudanças consideradas necessárias.

Quando se fala de problemas, estamos falando de algo que difere daquilo que quem planeja identifica como a situação a ser alcançada. Assim, esses problemas devem ser superados e para isso é preciso identificar suas causas – estas são as condições que devem ser mudadas. A identificação de problemas e causas é denominada diagnóstico de situação, que pode (e deve) ser realizado por intermédio de diferentes abordagens. É necessário que a equipe responsável pelo planejamento faça uso de sua própria experiência e do conhecimento acerca da realidade em questão e que busque as visões dos diversos atores envolvidos, o que será utilizado para a análise crítica da informação disponível.

No entanto, para que o processo de diagnóstico possa ser traduzido num plano que efetivamente cumpra os objetivos propostos, não é suficiente a descrição de determinada situação ou a identificação de problemas. O que pode informar a eleição de estratégias de intervenção é a busca das causas ou fatores que condicionam a realidade observada, o que permite identificar em que âmbito se pode intervir de forma mais eficaz sobre as causas e não apenas sobre suas manifestações superficiais.

Uma outra questão importante é que o processo de intervenção se realiza sobre problemas em cujas causas se possa intervir, ou seja, que estejam no âmbito de decisão de quem planeja. Assim, o plano elaborado no nível de um serviço de saúde – um hospital ou centro de saúde, por exemplo –, dificilmente poderia se propor a modificar as condições de saúde de uma cidade ou de um estado e se o fizesse, não teria a menor possibilidade de implementar ações que tivessem esse nível de impacto.

Existe uma tendência a que o diagnóstico seja visto como uma tarefa de grande amplitude e profundidade, em que se buscam dados acerca de todos os aspectos supostamente relacionados, por exemplo: no caso de um território, todos os dados demográficos, epidemiológicos, recursos existentes – físicos, materiais, humanos, financeiros – etc. No entanto, na medida em que estes dados não são trabalhados de forma a produzir informações, não é possível efetivamente realizar o diagnóstico.

Esta distinção entre dados e informação é muito importante. Os primeiros são a matéria prima da produção da informação, que é o "dado trabalhado". A informação é o resultado da análise e combinação de dados, é o conhecimento obtido a partir dos dados, que requer interpretação para ser produzido.

O processo de diagnóstico é essencialmente um processo de avaliação. Assim, não é verdade que quando se inicia o diagnóstico – seja ele dirigido

a uma área definida, a um serviço de saúde ou a um grupo populacional –, inicia-se um processo em que se "escreverá sobre uma folha em branco", ou seja, em que não se sabe nada sobre a situação e que apenas as informações que serão colhidas "objetivamente" informarão o diagnóstico.

Na realidade, o processo de diagnóstico é precedido e informado permanentemente por algum modelo que está presente na cabeça de quem o realiza, esteja este modelo explícito ou não. Assim, por exemplo, é usual que ao realizar o diagnóstico de saúde de uma área, busquem-se informações acerca do número de gestantes ou de mulheres em idade fértil. Mas, comumente não se busca informações acerca do número de deficientes visuais, por exemplo. Evidentemente, nada nos diz que deficiência visual não é um problema de saúde.

A razão pela qual não se busca esta informação é porque, ao contrário dos programas de pré-natal e de atenção à mulher em idade fértil, sempre presentes em qualquer modelo de intervenção, não temos proposta dirigida aos deficientes visuais. Por isso, não se busca a informação e não se considera que seja um problema.

Portanto, recorrendo ao enfoque estratégico, percebe-se claramente que não há diagnóstico neutro, que há quase tantos diagnósticos quanto observadores. E mais, que tanto uma ideia do que se considera uma situação ideal em cada caso – a imagem-objetivo – como, até certo ponto, os modelos de intervenção, estão dados. E, para que possam ser avaliados e mesmo checados pela realidade, é necessário que sejam explicitados.

Como mencionado antes, mas nunca é demais ressaltar, a definição e explicitação da imagem-objetivo é central ao planejamento, em todos os seus momentos. É a imagem-objetivo – a situação ideal a ser alcançada – que guia o processo de planejamento.

O diagnóstico, como parte do processo de planejamento, cumpre basicamente o papel de um instrumento que permite a identificação de problemas e ajuda a selecionar as estratégias de intervenção. Neste sentido, é uma ferramenta, que serve de base à tomada de decisão.

Muito raramente, dispõe-se de todas as informações que se considerariam necessárias ao planejamento. No entanto, mesmo a partir das informações rotineiramente disponíveis, é possível construir hipóteses sobre as quais se possa iniciar o trabalho. Na medida em que se implementem as propostas, o próprio processo de monitoramento da implementação poderá apontar as lacunas de conhecimento existentes e direcionar a instituição de sistemas de informação que possam supri-las.

Muitas vezes perde-se de vista esta função instrumental do diagnóstico com vistas à ação e se produzem estudos e análises muito extensos que dão origem a documentos minuciosos e prolixos; são tantos os problemas detectados, e de tão variadas causas, que não permitem a definição de estratégias de intervenção. Não é incomum que o processo de planejamento restrinja-se quase que exclusivamente ao diagnóstico, e que o plano seja muito mais uma apresentação de problemas do que de estratégias de ação para enfrentá-los.

Para praticar

O seguinte trecho foi extraído do artigo "Planejamento em saúde: velhas ideias em novas roupagens", que consta da bibliografia citada ao final do módulo:

> [...] Historicamente, o diagnóstico era uma enorme tarefa, mediante a qual se pretendia compilar todo e qualquer material relacionado com a saúde. Assim, dados demográficos, epidemiológicos, administrativos (acerca dos recursos disponíveis), legais, financeiros e outros tantos eram coletados e apresentados... Porém, com total ausência de uma teoria prévia que permitisse associar e interpretar os ditos dados, pouca ou nenhuma informação se obtinha com eles. Deste modo, conseguia-se acumular grande quantidade de dados que permaneciam virgens de contato com ao menos um neurônio pensante.
>
> [...] Mais ainda, quando quem tomava as decisões precisava determinar um curso de ação, tinha que recorrer a levantamentos especiais ou fazer uso de sua intuição.
>
> [...] Hoje, é um fato estabelecido que não há sentido em acumular dados com a esperança de que em algum momento tome forma o conhecimento. Isto equivaleria a juntar tijolos esperando que, se os acumularmos em número suficiente, teremos uma casa. Para se ter uma casa, os tijolos são necessários, porém, entre outras coisas, é preciso contar também com um plano de obra, um programa para sua execução, pessoal idôneo e outros materiais que permitam "unir" esses tijolos para transformá-los na casa sonhada (Chorny, 1993, p. 38).

A partir do texto acima, responda:

1. Como você relacionaria as afirmações do trecho acima com o conceito de imagem-objetivo?

2. E com a função do diagnóstico no processo de planejamento?

3. O autor afirma que é fato estabelecido que não há sentido em acumular dados com a esperança de que em algum momento tome forma o conhecimento. Como você interpreta esta afirmação?

4. Baseado em sua experiência, você concordaria que a concepção de diagnóstico, apresentada no primeiro parágrafo, está de fato superada?

Discuta com seu tutor e faça o registro de sua resposta no AVA.

Desenhando o plano

Definir estratégias de intervenção significa escolher os caminhos pelos quais se partirá da situação identificada pelo diagnóstico como insatisfatória ou problemática para a situação a que se quer chegar.

Certamente, as estratégias de intervenção serão várias, conforme a diversidade de problemas identificados e as prioridades definidas. E, se os problemas escolhidos devem estar no âmbito de ação de quem planeja, como já foi dito, também as estratégias de intervenção devem ser factíveis e viáveis do ponto de vista da implementação do plano.

As estratégias de intervenção devem também guardar coerência com os problemas identificados. Para isso, quanto mais se possa ter aprofundado na etapa diagnóstica as causas subjacentes, mais eficazes poderão ser as estratégias definidas. Assim, por exemplo, se foi diagnosticado como problema uma taxa alta de mortalidade infantil, o diagnóstico deve ser aprofundado de modo a identificar as causas dos óbitos: se estão relacionados a causas que podem ser evitadas pela atenção pré-natal ou se são relacionados à assistência ao parto – ou a ambas –, de modo a definir as linhas de intervenção condizentes. A indicação, tão usual, de que o pré-natal seja intensificado ou modificado, dificilmente reduzirá os óbitos relacionados à má assistência ao parto.

As estratégias de intervenção devem ser traduzidas em atividades e metas a serem atingidas de modo a alcançar o objetivo proposto: define-se o que deve ser feito e como deverá ser feito. Para que seja possível a definição do "como fazer", é necessária a utilização de normas. As normas podem ser definidas de diversas formas, como, por exemplo: por especialistas; a partir de séries históricas de utilização de serviços; ou, para o caso de um serviço/unidade, pelas próprias equipes que os operam.

Algumas questões são importantes, ao se trabalhar com normas. Quando derivadas de séries históricas de utilização de serviços, deve-se ter particular cuidado, na medida em que expressam os resultados de uma determinada configuração de serviços e, ao serem adotadas acriticamente, acabam por perpetuar esta dada oferta, que muitas vezes nem sequer se conhece e menos ainda se sabe se atende às necessidades da população em questão.

Um exemplo é a utilização da produção de consultas especializadas realizadas ao longo de um período de tempo como base para a elaboração das normas. Se, numa determinada área, foram realizadas 1.000 consultas, sendo 100 de oftalmologia e 50 de urologia, por exemplo, isto não quer dizer que 10% das consultas a serem oferecidas no futuro devam ser de oftalmologia e 5% de urologia. Esta produção observada, muito provavelmente, atende a parte das necessidades de saúde, mas também reflete a oferta. Se forem oferecidos mais serviços de oftalmologia, serão realizadas mais consultas. Se não são ofertadas consultas em endocrinologia, por exemplo, naturalmente não haverá produção, mas isto não expressa ausência de necessidade e que estas não devam ser ofertadas no futuro. Em resumo, as estatísticas obtidas a partir do atendimento dizem respeito à estrutura e capacidade da oferta de serviços, que somente em parte sugerem as necessidades da população.

Uma outra questão é que, muitas vezes, as normas aplicadas em outros países, que são fruto de condições muito próprias e específicas, são utilizadas como expressão de uma situação "ideal", sem que se considere se sua aplicação tem qualquer pertinência na situação em questão. Assim, se num determinado país preconiza-se que devam ser ofertados um número x de leitos de uma determinada especialidade, isto não quer dizer que a necessidade seja a mesma em outras regiões, onde o perfil epidemiológico e a organização dos serviços são diferentes.

Na Unidade de Aprendizagem VI você terá oportunidade de trabalhar com normas derivadas de diferentes maneiras.

Qualquer que seja a forma de derivação das normas, o mais importante é que estas sejam vistas como uma orientação, uma tentativa de aproximação a uma resposta aos problemas identificados – apenas uma resposta, entre as várias possíveis. Sua adequação à realidade só é demonstrada na prática, na medida em que sua implementação seja avaliada.

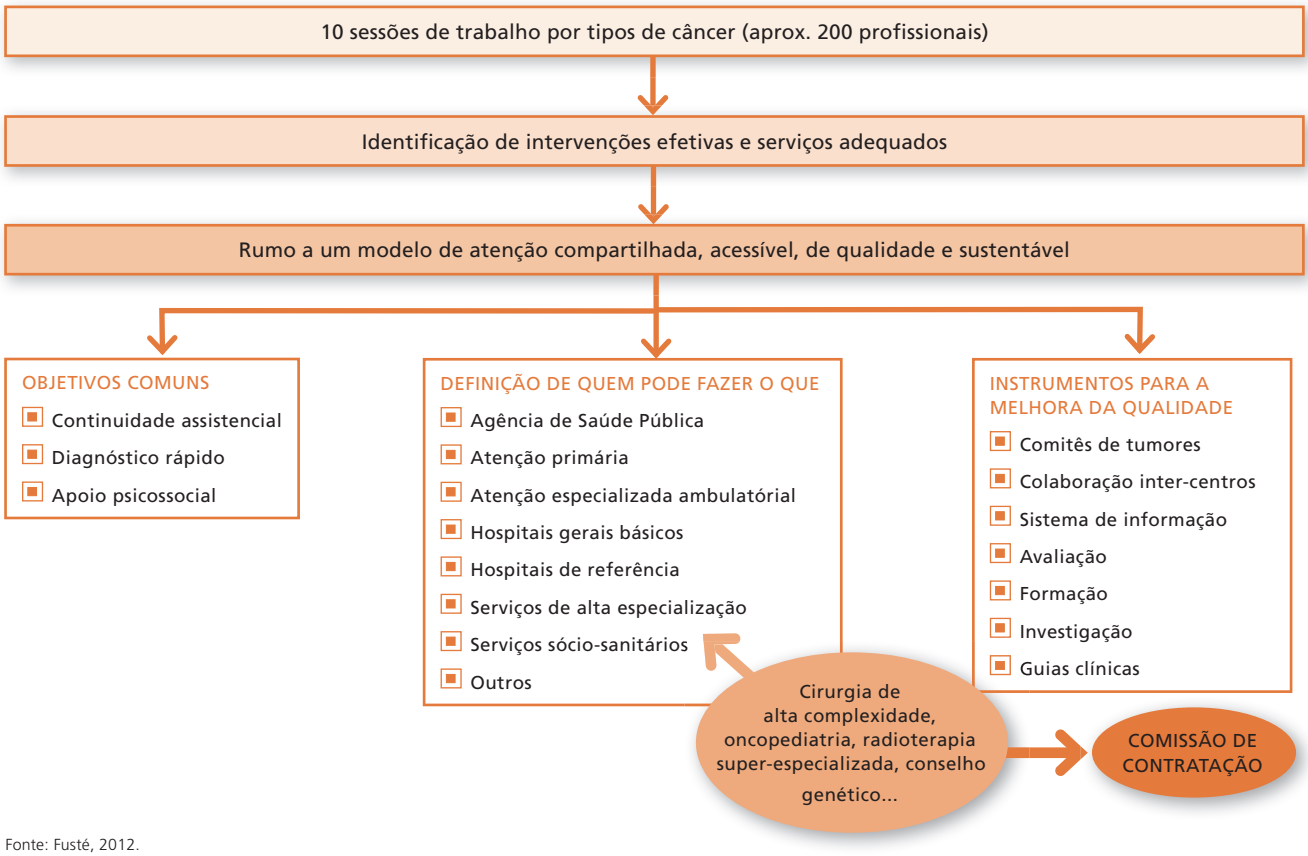
No primeiro semestre de 2014 encerrou-se a consulta pública para revisão da Portaria 1101 de 2002, que define normas com as quais você já pode ter tido contato, os parâmetros assistenciais do SUS. Acesse em http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/35126 a portaria e os textos apresentando as modificações propostas.

Uma vez definidas as estratégias de intervenção e as atividades a serem cumpridas, é possível estabelecer as metas a serem alcançadas a cada horizonte temporal definido. E, para que sejam operacionalizadas, é preciso calcular os recursos físicos, materiais e humanos necessários, que serão traduzidos em recursos financeiros.

Esta etapa implica na realização do balanço entre os recursos necessários e os existentes no momento. É sempre bom lembrar que neste balanço não se deve considerar apenas a capacidade instalada, sem a avaliação de como os recursos existentes estão operando no momento. No diagnóstico realizado devem ter sido detectados possíveis problemas, e desenhadas estratégias com objetivo de otimizar a produtividade de unidades, serviços, equipamentos e/ou recursos humanos. Apenas após considerar esta adequação, será possível avaliar a necessidade de novos investimentos.

Finalmente, a formulação do plano implica também em definir os critérios e desenhar os mecanismos e indicadores que serão utilizados para avaliar sua implantação.

Figura 2 – Exemplo de elaboração de Plano Diretor de Oncologia em um Sistema Nacional de Saúde – Comunidade Autônoma da Catalunha, Espanha, Plano de Saúde 2011-2015



Fonte: Fusté, 2012.

Para praticar

A equipe de planejamento da Secretaria de Saúde do Estado de Caraopeba, em seu processo de elaboração do plano, necessitava de parâmetros para uma aproximação às necessidades de serviços de saúde no estado, onde moram 800 mil pessoas.

Seus integrantes estavam particularmente preocupados em saber quantas consultas ambulatoriais e de que especialidades deveriam ser oferecidas para atender às necessidades da população. Resolveram, então, analisar a produção de consultas realizadas nos últimos 5 anos.

Encontraram que, em média, haviam sido realizadas 2 milhões de consultas por ano, em 12 especialidades. Calcularam, então, a proporção de consultas de cada uma das especialidades no total de consultas produzidas.

A partir deste cálculo, publicaram uma portaria que definia a necessidade de consultas ambulatoriais como de 2,5 consultas por habitante por ano, distribuídas pelas especialidades de acordo com as proporções que haviam encontrado. A portaria passou a ser utilizada a partir de então como padrão para cálculo de necessidades de consultas por todos os gestores na realização de seu planejamento.

Como você avalia este processo de definição de parâmetros para cálculo de necessidades? Que tipo de problemas ele pode acarretar?

Discuta com seu tutor e faça o registro de sua resposta no AVA.

Avaliação e planejamento

Avaliar consiste em comparar um fato ou fenômeno com um modelo, um padrão ou um conjunto de valores e definir até que ponto o fato ou fenômeno observado se aproxima do modelo escolhido.

Como você pode observar ao longo do módulo, a avaliação é parte inerente ao processo de planejamento, e o próprio diagnóstico é basicamente um processo de avaliação, assim como a definição das estratégias, dos cursos de ação e das normas escolhidas para sua tradução em atividades e metas. A avaliação é na realidade um processo permanente, que tanto conforma a própria formulação do plano, como monitora sua implementação e seus resultados.

Desta forma, ela não se esgota na avaliação dos resultados alcançados em determinado momento. Deve ser compreendida como um instrumento essencial para que se possa controlar a implementação do plano e o rumo das mudanças em direção ao objetivo proposto, tornando-se uma atividade contínua própria da gestão, para a qual se dispõe de diversos mecanismos e procedimentos.

Como instrumentos fundamentais, são destacadas a avaliação estratégica realizada de antemão e a avaliação estratégica realizada durante a implementação do plano.

No primeiro caso, busca-se estabelecer se os objetivos e metas fixados podem efetivamente ser alcançados. Não se trata apenas de identificar o ponto de chegada, mas também as possíveis metas intermediárias que irão determinando o caminho. Neste processo de avaliação, busca-se analisar se estas situações intermediárias da trajetória são politicamente viáveis e tecnicamente factíveis, além de examinar sua coerência e consistência. Isto obriga a que se explicitem os cenários futuros – possíveis, prováveis, previsíveis e preferíveis –, nos quais se desenvolverão o processo de planejamento de modo que, caso a previsão inicialmente feita não se concretize e possa mudar o curso da ação.

A avaliação estratégica realizada durante e após a implementação busca identificar as diferenças entre as situações alcançadas e aquelas onde se esperava chegar, ou seja, procura medir a distância entre as intenções e o que realmente se passou na prática, buscando identificar as causas da distância observada. Com isto, objetiva-se ampliar o conhecimento sobre o processo em curso de modo a melhorar a determinação de objetivos e prioridades e a seleção de estratégias e recursos mais adequados.

O monitoramento e a avaliação são atividades constantes, que se realizam durante o processo e não apenas quando se pretende ter cumprido uma etapa. Para que a avaliação seja eficaz, deve ser acompanhada pelo monitoramento estratégico da conjuntura, identificando obstáculos e detectando alternativas novas ou imprevistas que possam contribuir para se alcançar os objetivos propostos.

Atividade do Módulo 10

No município de Andorinhas, a equipe da Secretaria de Saúde se propôs a elaborar o plano de saúde para o município. No diagnóstico realizado, foram listados vários problemas, para os quais deveriam ser propostas estratégias de intervenção. Entre os variados problemas, foi listada a "falta de qualificação técnica das equipes responsáveis pela atenção básica".

De posse deste enunciado, a equipe passou a discutir estratégias de enfrentamento da questão. Numa primeira discussão, concluiu que seria necessário "treinar os recursos humanos" e, muito satisfeita com o seu trabalho, passou a tentar detalhar a proposta. A partir daí, não conseguiu chegar a um consenso: cada um de seus membros tinha uma opinião acerca do que deveria ser feito e como.

Sem conseguir resolver a questão, solicitou uma reunião com o secretário de saúde para que ele pudesse definir que rumo tomar.

Supondo que você tenha sido convidado a participar desta reunião, que perguntas você faria à equipe para que pudesse formar sua opinião? Com base nos estudos realizados neste módulo, o que pode ter faltado ao processo de elaboração do plano que dificultou a tomada de decisão?

Envie a sua resposta ao tutor.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1101- GM. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 de junho de 2002. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm

Chorny, A. H. Planificación em Salud: viejas ideas em nuevos ropajes.*Cuadernos Medico Sociales* 73: 23-44, 1993.

Fusté, J. *Instrumentos de planejamento e utilização de mapas de saúde* apresentado em Kuschnir, R. (org) Seminário Internacional Integração Assistencial em Redes de Atenção à Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, março 2012.

Testa, M. *Pensamento Estratégico e Lógica da Programação*, Hucitec Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.

11. O diagnóstico de situação

Adolpho Horácio Chorny, Rosana Kuschnir, Maura Taveira e *Anilska Medeiros*

Como você viu no Módulo 10, o processo de diagnóstico de situação não é neutro, depende de quem o faz e para quem é feito. Não apenas porque diferentes observadores podem ter uma explicação diferente para um mesmo problema, como também porque a possibilidade de solução orienta a busca de certos problemas, em detrimento de outros.

Neste módulo apresentaremos o detalhamento da discussão sobre o momento diagnóstico no processo de planejamento em saúde, iniciada no módulo anterior. Em nosso caso específico, o diagnóstico terá como norte a proposta de organização de redes de atenção, como definidas na Unidade de Aprendizagem II, que orientará a discussão e a escolha das dimensões a serem estudadas.

É importante ressaltar que a complexidade do objeto – a saúde da população –, com seus múltiplos condicionantes ou determinantes, faz com que a tarefa diagnóstica de identificar e selecionar problemas não seja simples. Ao mesmo tempo em que pressupõe a explicitação daqueles condicionantes ou determinantes, requer a avaliação da real capacidade de intervenção que se tem sobre eles.

Para a realização do diagnóstico, a elaboração do plano e o acompanhamento de sua implementação, são utilizados indicadores que buscam medir diferentes atributos e dimensões do estado de saúde e do desempenho do sistema de atenção. Compreender seu papel no processo é fundamental, e esperamos que ao final deste módulo você seja capaz de conhecer os principais indicadores utilizados rotineiramente para o diagnóstico, sua construção e interpretação, assim como avaliar a importância da identificação aprofundada do problema para a eleição de prioridades.

O objetivo: redes de atencão

O diagnóstico a ser realizado deve ser orientado pelos objetivos perseguidos, a situação "ideal" a alcançar, a imagem-objetivo. Como já discutimos, em nosso Curso, estamos partindo do pressuposto de que nosso objetivo é a constituição de redes de atenção à saúde, como estratégia para a construção de um sistema universal, equitativo e que provê atenção integral.

Abaixo reapresentamos os atributos que você aprendeu na UA II.

1. População/território definidos sob sua responsabilidade e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em saúde, as quais determinam a oferta de serviços de saúde.

2. Extensa rede de serviços de saúde que provê promoção, prevenção,diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em patologias, riscos e populações específicas e os serviços pessoais e de saúde pública.

3. Um primeiro nível de atenção que cubra toda a população e atue como porta de entrada do sistema, que integre e coordene o cuidado da saúde e resolva a maioria das necessidades de saúde da população.

4. Prestação de serviços de especialidades nos locais mais apropriados, os quais acontecerão preferencialmente em ambientes extra-hospitalares.

5. Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo do *continuum* de serviços de saúde.

6. Cuidado da saúde focado na pessoa, na família e na comunidade.

7. Um sistema de governança único para toda a rede.

8. Ampla participação social.

9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico.

10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados.

11. Sistema de informação integrado, que vincule todos os membros da rede.

12. Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede.

13. Ação intersetorial ampla e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.

Como você viu na Unidade II, uma rede de atenção é definida por alguns atributos essenciais. Sendo assim, o diagnóstico de situação num território dado deve buscar informações que permitam identificá-los e avaliá-los.

Considerando o primeiro atributo, "o amplo conhecimento das necessidades e preferências em saúde da população" é umas das primeiras questões a serem abordadas no diagnóstico, constituindo-se na análise das condições de vida e saúde.

Uma série de outros atributos relacionam-se à oferta de serviços e à forma como se organiza a provisão, tanto da rede em seu conjunto, como de seus diversos níveis e dos mecanismos de coordenação assistencial utilizados. Esta é outra dimensão crucial a ser avaliada pelo diagnóstico.

Devem ser ainda objeto da avaliação: o financiamento; a integração dos sistemas de apoio logístico e de informação; a adequação dos recursos humanos e a gestão do trabalho; as características da governança da rede, dos mecanismos de ação intersetorial e de participação social.

Para a investigação desta multiplicidade de aspectos, diferentes metodologias podem ser utilizadas, recorrendo a métodos quantitativos – a análise da informação rotineiramente coletada é essencial – e qualitativos que, sem perder o rigor, buscam a informação para complementação da análise através de outras abordagens. Ao realizar o diagnóstico, é preciso definir de antemão a(s) metodologia(s) que serão utilizadas. Não existe uma metodologia mais ou menos qualificada e sim a mais ou menos adequada à investigação de um determinado objeto segundo um campo de conhecimento específico.

Para complementar seu estudo sobre a definição da metodologia a ser utilizada na realização do diagnóstico, leia o texto "A Saúde Pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica" que você encontrará no CD do Curso.

Como você aprendeu no Módulo 10, o diagnóstico, como parte do processo de planejamento, permite identificar problemas, suas causas e as respectivas estratégias de intervenção. Neste sentido, ele é uma ferramenta que serve à tomada de decisão, embora muitas vezes essa função instrumental do diagnóstico seja negligenciada. Para tentar evitar os riscos e armadilhas inerentes ao diagnóstico, é importante, durante sua realização, considerar duas questões relevantes.

A primeira é que, como toda busca de informação é pré direcionada por algum "modelo explicativo" cuja realidade o "ator"/gestor já detém antes mesmo de iniciar, é bom que ele seja explicitado. Um dos erros mais comuns observados na realização do diagnóstico é a coleta indiscriminada de dados disponíveis, "para depois ver no que dá". Esta abordagem usualmente não "dá em nada", além de "afogamento em números".

Portanto, a informação necessária ao diagnóstico deve ser pensada cuidadosamente, e os dados a serem coletados devem explicitar previamente, de forma criteriosa, as hipóteses causais dos problemas que poderiam ser identificados no diagnóstico. Para que as intervenções programadas tenham efeito, é preciso que o diagnóstico permita identificar as causas da situação observada, já que é sobre esses fatores que se fará algum tipo de intervenção.

Uma segunda questão é que, na medida em que o diagnóstico visa subsidiar a decisão, é fundamental que esteja pronto em tempo compatível com os demandados pelo processo decisório, cujos prazos não são os dos estudos acadêmicos.

Para praticar

Considere os atributos das redes apresentados no quadro. Escolha 5 deles e proponha abordagens para avaliá-los. Que indicadores você proporia utilizar?

Anote suas reflexões no Diário de Estudos.

Indicadores: algumas considerações

Tanto para realizar o diagnóstico, como para definir metas a serem alcançadas e fazer o acompanhamento do plano, são utilizados indicadores. Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que capturam informação relevante sobre distintos atributos e dimensões do estado de saúde de uma população e do desempenho do sistema de saúde. Vistos em seu conjunto, buscam refletir a situação sanitária de uma população e são utilizados para a vigilância das condições de saúde (OPAS, 2001).

A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde uma simples contagem direta do número de casos de uma determinada doença até o cálculo de proporções, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.

A qualidade de um indicador depende fundamentalmente da qualidade dos componentes utilizados em sua construção, como a frequência de casos e o tamanho da população em questão – quando qualquer um dos dois é muito pequeno não é possível construir indicadores – e da qualidade dos sistemas de informação, coleta e registro de tais dados.

A qualidade e a utilidade de um indicador são primordialmente definidas pela sua validade – se efetivamente mede o que se busca medir – e sua confiabilidade – que a medição repetida em condições similares produza o mesmo resultado.

Outros atributos de qualidade dos indicadores são:

Especificidade – que detecte somente o fenômeno que se quer medir.

Sensibilidade – que possa detectar as mudanças no fenômeno que se quer medir.

Mensurabilidade – que seja baseado em dados disponíveis ou fáceis de conseguir.

Relevância – que seja capaz de dar respostas claras às questões consideradas prioritárias.

Custo-efetividade – que os resultados justifiquem o tempo e dinheiro investidos.

Considerando o conjunto dos indicadores, são importantes atributos de qualidade: a integridade – que não faltem dados – e a consistência interna, ou seja, que os valores obtidos sejam possíveis e coerentes e não se contradigam.

A qualidade e a comparabilidade dos indicadores dependem da aplicação sistemática de definições operacionais e de procedimentos estandartizados de mensuração e cálculo.

Considerando os processos de planejamento e de gestão em saúde, os indicadores são instrumentos valiosos, desde que sejam gerados de forma rotineira no âmbito de um sistema de informações que opere de forma dinâmica. Para que os usuários possam ter confiança sobre a informação produzida, é necessário o monitoramento da qualidade dos indicadores, a revisão periódica da consistência da série histórica de dados e a disseminação da informação de forma oportuna e regular.

Há uma enorme quantidade de indicadores que podem ser construídos e utilizados para a avaliação das condições de saúde de uma população e do desempenho dos sistemas. No entanto, assim como foi dito para o diagnóstico, é fundamental considerar o que se deseja medir e qual o objetivo da mensuração para que seja feita a escolha do indicador. A utilização de indicadores sem clareza dos objetivos e sem que se

Para conhecer a conceituação, fontes de informação e método de cálculo dos indicadores, consulte a publicação "Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações" da RIPSA/Rede Interagencial de Informações para a Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. Acesse em www.ripsa.org.br, em http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf ou no CD do Curso.

considere os atributos de qualidade listados anteriorente esvazia a função avaliação, tornando o uso de indicadores uma tarefa meramente burocrática. Como exemplo, podemos citar o uso de indicadores cuja construção é impossibilitada pela ausência de informação, sem que sejam adotadas medidas para a coleta de dados.

É importante ressaltar que, do ponto de vista da elaboração do plano, os indicadores, quando utilizados para a quantificação de objetivos e metas, representam (ou deveriam representar) a etapa final de todo um processo de diagnóstico e de cuidadosa elaboração de estratégias de intervenção. As metas expressam compromissos a serem cumpridos para que se alcancem os objetivos. Portanto, os indicadores são o resultado do processo de planejamento. Uma lista de indicadores a serem cumpridos ou "pactuados" sem que exista por trás um processo de planejamento – diagnóstico da situação atual, identificação de problemas, definição de estratégias para enfrentá-los, definição dos recursos para tal e as estratégias para alcançá-los – é apenas uma lista, sem compromisso nenhum com intervenção e mudança real.

Iniciando o diagnótico

Para uma primeira aproximação à área em estudo, é imprescindível providenciar um mapa da região/ área/ município a ser trabalhado. Nesse mapa, serão localizadas as principais vias de transporte existentes (estradas principais, ferrovias etc.) e as barreiras naturais mais importantes (montanhas, rios etc.). Se a população estiver distribuída de forma desigual, é importante indicar os principais núcleos populacionais, áreas de favelas/ comunidades ou grandes conjuntos habitacionais, por exemplo. Por fim, é fundamental situar os serviços de saúde, diferenciados por tipo e porte (centros de saúde, serviços especializados, hospitais etc.).

Ao analisar o mapa produzido, já será possível perceber os principais aglomerados populacionais e identificar possíveis desigualdades na oferta de serviços, reconhecendo imediatamente as áreas de maior e menor oferta. Esta visualização será fundamental para dar suporte ao diagnóstico dos determinantes sócio-ambientais, das condições de saúde e de alguns aspectos da estrutura e desempenho dos serviços de saúde.

A primeira coisa a fazer é realizar a seleção e análise de informações relevantes ao objetivo do diagnóstico a partir dos dados disponíveis, permitindo à equipe uma visão geral da área e uma aproximação inicial que certamente suscitará muitas questões.

Nunca se deve iniciar o diagnóstico buscando todas as informações disponíveis, porque há sério risco de afogar-se em números que de pouco ou nada servirão para orientar as ações.

Lembre-se de que qualquer processo de diagnóstico é um processo de aproximações sucessivas. À medida que nos aproximamos dos problemas-alvos, aprofundamos o diagnóstico. Assim, sempre devemos partir do mais geral para o mais específico e só buscar informações adicionais a partir das perguntas formuladas.

Dos indicadores utilizados para a elaboração do diagnóstico, alguns expressam de alguma forma as condições de vida e saúde da população de um determinado território, constituindo o que se pode denominar de dimensões, tais como: demográficos, socioeconômicos, ambientais, epidemiológicos, dentre outros que são estudados por diversos campos do conhecimento.

Outros relacionam-se à oferta de serviços e recursos a serem utilizados pela população em função das suas demandas/necessidades e à forma efetiva como estão operando, definindo as dimensões da estrutura e desempenho de serviços de saúde.

Para se avaliar as diferentes dimensões a serem consideradas, é possível e desejável a utilização de uma combinação de abordagens metodológicas, quantitativas e qualitativas.

No site do PROADESS, Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde, desenvolvido pelo Icict/FIOCRUZ, você encontrará uma matriz de indicadores para avaliação de diferentes dimensões das condições de vida e saúde e do desempenho do sistema, assim como terá acesso a um banco de indicadores especialmente construido, à bibliografia específica e discussão conceitual acerca do processo de avaliação e suas ferramentas. Acesse em http://www.proadess.icict.fiocruz.br

Diagnóstico de condições de vida e saúde

Para a aproximação ao diagnóstico das condições de saúde de uma população, utiliza-se uma ampla gama de informações que expressam as diferentes características sociais, econômicas, culturais e propriamente acerca da mortalidade e da morbidade, utilizando-se indicadores relacionados às dimensões socioeconômicas, ambientais e epidemiológicas.

Para identificar os problemas relacionados às condições de vida e saúde de uma população, pode-se partir de indicadores ambientais, sócio-econômicos e demográficos, que estão relacionados à:

- estrutura da população (faixa etária, densidade demográfica, distribuição urbano-rural);
- esgotamento sanitário, coleta de lixo, abastecimento de água e fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente capazes de provocar agravos à saúde;
- renda per capita, PIB per capita, nível de escolaridade, taxa de analfabetismo, tipo de ocupação e outros.

É importante ressaltar que o levantamento das informações acima só fará sentido se for realizada a correlação com as condições de saúde. Lembre-se que as informações para o diagnóstico são colhidas para ser utilizadas e não para cumprir uma formalidade. É preciso utilizar a informação, o conhecimento e a experiência de que se dispõe para a elaboração de hipóteses que levarão ao aprofundamento do diagnóstico.

Por exemplo, em uma área com melhores condições de vida, em que a população apresente condições de habitação e de saneamento mais favoráveis, níveis mais altos de emprego, renda e escolaridade, pode-se imaginar que encontraremos menores taxas de mortalidade infantil por doenças infecciosas e outras doenças diretamente relacionadas à pobreza. Por outro lado, teremos mais população nas faixas etárias mais altas, utilizando serviços de saúde de forma intensa para tratamento de doenças crônico-degenerativas e cardiovasculares, em especial hipertensão arterial, diabetes, neoplasias. Poderemos encontrar também um grupo maior em risco de acidentes por queda da própria altura, com possível fratura de colo do fêmur, por exemplo. Esta análise vai influenciar o diagnóstico de serviços existentes na área: estarão eles de acordo com o perfil epidemiológico da população?

Como observado no módulo anterior, um dos objetivos do diagnóstico é identificar grupos de risco, que se constituem em prioridade de intervenção. No entanto, os dados de que se dispõe rotineiramente não são obtidos com grau de desagregação suficiente para a análise das condições de grupos de maior risco, e as taxas médias podem mascarar desigualdades importantes dentro de uma mesma área. Assim, pode-se considerar que, para grupos identificáveis através da distribuição geográfica de moradias mais precárias, por exemplo, como favelas e conjuntos habitacionais, os indicadores socioeconômicos (assim como os de morbimortalidade) serão certamente piores que os valores médios da área considerada.

Considerando as informações acerca da mortalidade e da morbidade, os primeiros estão rotineiramente disponíveis, enquanto os segundos muitas vezes são mais difíceis de ser obtidos. Uma fonte inicial de dados são os registros dos casos atendidos nas unidades de saúde, ambulatorialmente ou em regime de internação. No entanto, ainda que estes estejam disponíveis, ao se fazer a análise, deve-se sempre levar em conta questões relativas à qualidade dos registros.

Outras duas questões são relevantes quando se trabalha com morbidade. A primeira é que é sempre bom ter em mente que os indicadores de morbidade expressam apenas parte dos casos: aqueles que procuraram os serviços de saúde e, mais importante, conseguiram ser atendidos, o que nem sempre é o mesmo. A segunda é que a demanda observada em um serviço de saúde é também função da oferta. Se no município A existe um serviço de oftalmologia que funciona bem e no município B, não, ao se comparar os dados da demanda atendida, não se pode dizer que o município A apresenta maior incidência de problemas oftalmológicos que B.

No entanto, ainda que não se possa dispor de toda a informação de que se gostaria, para os objetivos da programação é sempre possível construir hipóteses de trabalho a partir da informação existente, utilizando-se o conhecimento epidemiológico e a experiência dos profissionais envolvidos na prestação de serviços na área.

Outra forma de se conhecer os problemas de saúde de uma população é a realização de investigação através de inquéritos epidemiológicos. Todavia, embora fundamental para a produção de conhecimento, requer a aplicação rigorosa de metodologias investigativas, pressupondo conhecimento especializado, longo tempo de preparação, aplicação e análise de resultados.

Para os objetivos do diagnóstico, é possível identificar inquéritos realizados em outras áreas ou levantar a literatura pertinente e aplicar, como hipótese inicial, os resultados obtidos em outras localidades para a área em estudo, ainda que levando em conta os possíveis limites, e sempre utilizar o conhecimento epidemiológico e a experiência dos profissionais envolvidos na prestação de serviços na área. A partir dos elementos apresentados, é possível construir uma primeira aproximação às principais características da população e de seu perfil epidemiológico, ao qual outras informações devem ser acrescentadas, como forma de se aprofundar o conhecimento das necessidades de saúde da população.

Esse conhecimento é (ou deveria ser) central para a definição/ adequação do perfil assistencial da rede que se quer instituir, de forma a serem cumpridos os objetivos de aproximação às necessidades da população.

Diagnóstico de estrutura e de desempenho dos serviços de saúde

a) Estrutura, processo e resultados

Para a realização do diagnóstico de estrutura e desempenho dos sistemas e serviços de saúde, vamos partir da clássica definição de Donabedian (1983) acerca das abordagens da avaliação: estrutura, processo e resultado.

A estrutura diz respeito às características relativamente estáveis dos serviços de saúde, aos instrumentos e recursos disponíveis e às configurações físicas e organizacionais em que eles operam. O conceito de estrutura inclui número, características e distribuição de serviços e equipamentos; o número e a qualificação dos recursos humanos; a forma como a atenção é organizada, financiada e provida. Assim, podemos dizer que a estrutura diz respeito a recursos (a capacidade instalada), financiamento e gestão.

A estrutura dos sistemas e serviços de saúde relaciona-se diretamente com o seu desempenho, condiciona sua operação e permite conhecer a capacidade, o potencial para desenvolver determinado processo de trabalho.

Por processo, compreende-se o conjunto de atividades que envolvem os profissionais e os usuários. Engloba o componente técnico do cuidado – todos os procedimentos diagnósticos e intervenções terapêuticas – e o componente da relação interpessoal.

Por resultado, compreende-se mudanças em saúde, presentes ou futuras, que podem ser atribuídas ao cuidado em saúde anteriormente recebido.

O próprio Donabedian (1983) ressalta que, embora essa formulação tenha significado teórico e operacional, nem sempre é fácil classificar um fenômeno específico sob uma das três abordagens. Isto porque a formulação é uma abstração do que em realidade pode ser descrito como uma sucessão de elos numa corrente. Cada elo (estrutura, processo, resultado), pelo menos até certo ponto, é causa do elo que o segue, ao mesmo tempo em que resulta do elo que o precede. São os objetivos e perspectivas do processo de avaliação que vão determinar qual segmento da corrente será analisado e o que será considerado um meio e o que será considerado um fim.

Validade é uma questão extremamente importante no uso de qualquer das abordagens. O ponto central é se poder ter base para assumir que determinados processos levam a determinados resultados, ou que um dado resultado é consequência de um processo específico anterior. Isso não é tão simples quando lidamos com questões complexas como a saúde e o cuidado, cuja análise é dominada pela multi-causalidade. Na medida em que existam dúvidas acerca do vínculo causal entre determinados elementos do processo e determinado resultado, o uso desses elementos ou desses resultados como indicadores de qualidade é igualmente de valor dúbio.

A validade é também influenciada pela relevância das medidas escolhidas para se avaliarem os objetivos do cuidado. Se alguém escolhe, por exemplo, mortalidade como critério para avaliação da qualidade do cuidado a pacientes muito graves ou terminais, certamente as conclusões não podem ser consideradas válidas.

Para refletir

Que medidas de avaliação você proporia para o exemplo acima?

Para praticar

Imagine que num determinado território foi aumentada a cobertura da estratégia de saúde da família, ao mesmo tempo em que foi diminuída a oferta de leitos para internação. Após um determinado período de tempo, observou-se diminuição no percentual de população internada.

Como avaliar a que se deve a diminuição de internações? Que informações você buscaria para tentar compreender as relações de causa e efeito?

Discuta com seu tutor e registre suas observações no Diário de Estudos.

b) Buscando e analisando informação

Para se realizar uma primeira aproximação ao diagnóstico da estrutura, é bom voltar ao mapa do território, onde estão localizados os serviços de saúde existentes e, num primeiro momento, sem ter como preocupação se o que existe é o ideal para a população em questão, deve ser levantada, o máximo possível, a informação acerca da capacidade instalada (consultórios, laboratórios, equipamentos, centros de saúde, serviços especializados, número de leitos por especialidades, serviços de emergência, maternidade e outros).

No levantamento da capacidade instalada, estão incluídos recursos físicos, materiais, equipamentos e recursos humanos, as condições básicas para que um serviço ou unidade exista. O diagnóstico de recursos é baseado numa ampla gama de informações a respeito dos serviços existentes, de que forma estão operando e com que resultados. Embora pareçam ser informações básicas, muitas vezes temos dificuldades até de obter informações sobre recursos físicos – número de leitos, consultórios, salas cirúrgicas etc. – por não serem mantidos registros atualizados.

No CD do Curso você encontrará um exemplo de levantamento de capacidade instalada, realizado com o objetivo de subsidiar o planejamento regional para a instituição de redes no "Atlas de Serviços de Saúde". Em seus capítulos introdutórios, você encontrará a apresentação da metodologia escolhida, as fontes de dados utilizadas e suas limitações e as estratégias usadas para complementação de informações.

Assim como discutido para o diagnóstico das condições de saúde, o levantamento da capacidade instalada também deve ser orientado pelos objetivos – no caso, a constituição de redes de atenção. Listas de unidades/serviços apresentadas por ordem alfabética, sem aprofundamento de suas características, pouco ajudam a uma aproximação ao nível de complexidade da cada uma, central à discussão de qual o papel a ser exercido na rede.

De forma geral, há uma tendência a limitar a análise da estrutura, quando muito, à descrição da capacidade instalada. No entanto, este é apenas o primeiro passo para a realização do diagnóstico – ou seja, é condição essencial, mas não suficiente. Isso porque a simples existência do serviço não significa de modo algum que este esteja realizando sua capacidade de produção, seja por deficiências de recursos ou problemas de gestão, seja por estar operando com barreiras ao acesso da população que poderia utilizá-lo.

Embora a simples descrição da capacidade instalada e dos recursos humanos existentes não baste para emitir qualquer julgamento sobre a articulação e operação desses recursos, na prática, a obtenção de informação organizada e confiável pode ser uma tarefa que desafia a criatividade e a paciência. Muitas vezes, os dados sobre número de leitos ou consultórios, por exemplo, não são articulados à informação sobre os equipamentos disponíveis e os recursos humanos utilizados para realizar determinada produção.

Tanto quanto possível, deve-se buscar a informação acerca de recursos de forma a posteriormente integrá-los na análise. Por exemplo: para um mesmo serviço, deve-se tentar individualizar o número de consultórios, os equipamentos e os recursos humanos, para que possam ser analisados posteriormente em seu conjunto e se possa avaliar a capacidade potencial de produção de consultas, exames ou qualquer outra atividade. Essa capacidade potencial deverá ser comparada ao que está sendo efetivamente realizado. Afinal, a mera constatação da existência de um equipamento e de seu estado de conservação não significa

automaticamente que esse recurso esteja em condições de operar. Por exemplo, se existe uma sala cirúrgica perfeitamente equipada, porém, não se conta com profissionais capacitados para operá-la, não poderemos, na prática. contar com esse serviço.

Em geral, é possível, a partir dos dados existentes, realizar a análise da relação entre os recursos existentes (estrutura) e a produção realizada (processos). Dessa resulta a avaliação da produtividade – o rendimento dos recursos – e que diz respeito a um dos atributos dos serviços de saúde: a eficiência, ou seja, a relação entre uma dada produção e os recursos utilizados para obtê-la. Entre os indicadores de rendimento estão: as taxas de ocupação – o percentual de leitos ocupados no período; o tempo médio de permanência – a média de dias que cada paciente ocupou o leito; e o rendimento da hora-profissional – o número médio de pacientes atendidos pelo profissional a cada hora trabalhada.

Para complementar seus estudos, leia o texto "Utilização de Indicadores nos Serviços de Saúde" que você encontra no CD do Curso.

É muito comum encontrarmos recursos operando abaixo do rendimento esperado ou potencial, ou seja, de forma ineficiente. Esse aspecto é essencial na avaliação a ser feita no diagnóstico.

Muitas são as possíveis causas para que um recurso existente não alcance o rendimento esperado. Ao realizar a análise do rendimento dos recursos e encontrar rendimento menor que o esperado, o passo seguinte é o aprofundamento do diagnóstico, de forma a poder detectar as causas para a situação encontrada e poder traçar estratégias de intervenção para enfrentar cada uma delas. Nesse aprofundamento, além da busca e da análise de todas as informações disponíveis, deve-se buscar o conhecimento e a experiência dos profissionais envolvidos na operação dos serviços.

A partir da análise da estrutura também é possível correlacionar informações acerca da suficiência da capacidade instalada, expressa através da relação entre os recursos disponíveis e a população que deles necessita, o que permite avaliar a capacidade potencial de cobertura. Mais uma vez, deve ser ressaltado que a estrutura nos fala da capacidade potencial, que não necessariamente tem todas as condições para ser realizada. Para avaliação da cobertura de ações e serviços num momento dado, é fundamental diferenciar o potencial do efetivamente realizado, que é a cobertura real.

Quando a insuficiência de recursos é muito significativa, mesmo que se considere os serviços operando em toda a capacidade potencial, não é possível pensar a instituição de redes de atenção sem que o investimento em novas ações e serviços seja realizado. Como você viu na

Unidade II, para a organização de redes é necessária a auto-suficiência de recursos nos territórios – em graus que vão depender do tamanho da população e de seu perfil epidemiológico.

Portanto, a análise da estrutura está necessariamente relacionada à forma pela qual ela estaria ou não capacitada a abrigar um determinado processo de trabalho. A isso se agrega o fato de que a simples existência de um serviço não significa que não existam barreiras ao acesso.

No senso comum, e mesmo na literatura acadêmica, você poderá encontrar os conceitos de acesso e acessibilidade tratados de forma indistinta. Outros autores consideram que acessibilidade é uma das dimensões do acesso, relacionada à distância geográfica, tempo e custo. Veja a revisão acerca dos conceitos de acesso e acessibilidade no site PROADESS em http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=acesso. Consulte também, no CD do Curso, o artigo "Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde".

O acesso diz respeito ao conjunto de circunstâncias que viabiliza ou não a entrada de cada usuário na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e/ou nas várias modalidades de atendimento. Está relacionado à oferta de recursos – tanto à sua existência quanto à forma como está organizada sua operação.

Isto é obvio quando se fala das barreiras econômicas, mas também é verdadeiro quando existem empecilhos de caráter geográfico como, por exemplo, uma autoestrada que se interpõe entre parte da população e o serviço ou, ainda, horários de atendimento restritos, estreitando a porta de entrada. Um claro exemplo é o costume da entrega de uma "senha" para organizar a fila de espera por ordem de chegada. Na verdade, isto opera como um limitador da demanda, garantindo um número máximo de atendimentos independentemente da disponibilidade real dos serviços e obrigando o usuário potencial a chegar cada vez mais cedo para tentar garantir seu atendimento ou a buscar atenção nos serviços de urgência/emergência, gerando a conhecida sobrecarga destes.

Vários são os indicadores de acesso que podem ser utilizados, dependendo:

- de como se compreende o conceito e suas dimensões;
- do sistema de saúde em questão e
- dos objetivos da avaliação.

Alguns desses indicadores são relacionados à estrutura – como a oferta de médicos generalistas ou de cuidado domiciliar por população, porém, a maioria relaciona-se a processos, tais como: a cobertura populacional por determinados procedimentos, como a mamografia; as taxas de realização de outros procedimentos, como cirurgia de catarata na população idosa ou, ainda, o tempo de espera para diferentes modalidades de atenção.

A análise dos tempos de espera é uma questão essencial no diagnóstico. A não existência de listas de espera é em si um problema a ser detectado, porque não significa que não há pessoas sem atendimento e, sim, que

o sistema não só não sabe a composição e o tamanho da demanda que não consegue atender, como sequer se responsabiliza por ela.

No caso de existirem listas de espera, é fundamental saber não só o tempo, mas pelo que se espera. É diferente que se espere um tempo mais longo por um procedimento cirúrgico eletivo do que pelo esclarecimento de um possível diagnóstico oncológico.

Além de eficiência e acesso, outras dimensões de desempenho dos sistemas e serviços podem ser avaliadas. Existem várias propostas de classificação de dimensões e atributos a serem avaliados, de acordo com diferentes autores.

Efetividade, por exemplo, ainda que exista uma certa imprecisão conceitual, está associada ao grau de cumprimento de metas ou objetivos por parte do sistema de saúde. Está relacionada com os resultados em saúde alcançados através de uma determinada intervenção. A efetividade é, então, definida em função do grau de alcance do resultado desejado pela intervenção ou ação.

É avaliado, portanto, o grau de impacto positivo dos serviços sobre as condições de saúde das comunidades e dos indivíduos e/ou de alcance dos resultados esperados. São exemplos dos indicadores que podem ser usados para aferir o grau em que a efetividade foi alcançada:

- porcentagem de pessoas não suscetíveis a uma doença evitável através de imunização numa população que efetivamente foi vacinada, num período determinado;
- diminuição das taxas de incidência e/ou prevalência de determinado agravo num período determinado ou tendência à diminuição dessas taxas;
- diminuição das taxas de mortalidade ou aumento da sobrevida.

No entanto, é bom lembrar que para a avaliação de efetividade é preciso que esteja absolutamente claro o nexo causal entre as intervenções e os resultados. Em alguns casos, como no exemplo da vacinação, esta correlação é mais clara. Quanto mais eficaz sobre o controle do agravo é a intervenção proposta, mais clara torna-se a identificação. Um outro exemplo é a detecção das lesões precursoras do câncer do colo do útero, que permite evitar que praticamente todos os casos ocorram, como você verá na UA VI. Em muitos outros casos, é difícil avaliar o peso das intervenções realizadas, já que atuam ao lado de muitas outras variáveis.

Para praticar

Volte à matriz de indicadores do PROADESS e pesquise a base conceitual e os indicadores utilizados para avalição de desempenho, especialmente os utilizados para medir efetividade, adequação, continuidade e segurança. Entre os indicadores propostos, quais você proporia que fossem incorporados à análise de situação?

Registre suas respostas no seu Diário de Estudos.

O diagnóstico de estrutura e desempenho, portanto, é feito utilizando-se informação e indicadores que permitam conhecer tanto os recursos (neles incluídos os recursos humanos) quanto a sua organização, de modo que de sua análise possam surgir os elementos necessários para determinar a existência de possíveis problemas. Em termos gerais, pode-se afirmar que um grande número desses problemas terá a ver com a adequação existente entre:

- recursos disponíveis e demanda a que estão sujeitos;
- recursos disponíveis e suas características em relação às requeridas pelo perfil epidemiológico da demanda;
- distribuição dos recursos no espaço geográfico e sua correspondência com a localização da demanda;
- o modo como os recursos são organizados na prática para a prestação dos serviços (gestão/administração) e as respostas obtidas no que diz respeito à eficiência e efetividade na produção do cuidado.

Financiamento

O diagnóstico do financiamento refere-se à análise das fontes e formas de alocação dos recursos financeiros. Neste campo, busca-se informação sobre os recursos existentes e disponibilizados para a saúde, tanto os recursos da própria esfera de governo, como também as transferências automáticas e regulares para o SUS oriundas das demais esferas e, ainda, recursos que eventualmente sejam direcionados para a saúde através de políticas específicas e outros atos governamentais.

Para saber mais sobre a composição do financiamento da saúde nos três níveis de governo, leia o texto "Análise das Condições de Financiamento e Orçamento", disponível no CD do Curso.

Além das fontes de financiamento, é fundamental conhecer os fluxos dos recursos financeiros. Neste caso, é necessário analisar as tendências, ou seja, como têm se comportado o orçamento, as receitas e despesas, a estrutura do gasto ao longo de um determinado período, a distribuição do recurso entre os diversos elementos de despesa:

pessoal, material de consumo – em suas diversas categorias –, serviços de terceiros – incluídos todos os contratos de serviços e bens de capital, com as subcategorias que sejam necessárias para uma melhor compreensão do processo.

Contudo, é também fundamental tentar relacionar o gasto em saúde à produção de saúde. De que forma os recursos financeiros estão sendo empregados? Poderiam ser utilizados de outra maneira, de modo a redundar em melhores resultados e maior impacto sobre as condições de saúde da população?

A EC 29/2000 de 13 de setembro de 2000 é a emenda constitucional que tem como objetivo a garantia de recursos mínimos para financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Para tanto, foram determinados percentuais mínimos para cada ente federativo – União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são obrigados a gastar em saúde respectivamente 12% e 15% da sua receita de impostos e transferências intergovernamentais. Já o percentual da União seria definido em uma lei complementar. Naquele momento, somente foi definida uma regra transitória que estabelecia o gasto federal como o mesmo do ano anterior acrescido de 5%. Nos anos seguintes, esse valor seria corrigido pela variação nominal do PIB (Produto interno Bruto).

A EC29/2000 foi regulamentada mais de uma década mais tarde, em dezembro de 2011, e sancionada em janeiro de 2012 pela Presidência da República. O texto aprovado não contemplou a proposta de definição do percentual de gasto da União em 10%, mantendo o mecanismo vigente até então.

Os estados mantêm-se obrigados a investir 12% da arrecadação com impostos e os municípios, 15%. O percentual para o Distrito Federal varia de 12% a 15%, conforme a fonte da receita, se é um tributo estadual ou distrital. A lei estabelece ainda que, em caso de variação negativa do PIB, o valor de investimento não pode ser reduzido no ano seguinte.

Para calcular se o valor investido está de acordo com o que prevê a lei, valem apenas aplicações em "ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito". Caso as ações estejam previstas em planos estaduais e municipais para a área, também é possível contabilizar o valor.

Isso inclui controle sanitário e de epidemias, compra de medicamentos e equipamentos médicos, reforma de unidades de saúde, desenvolvimento tecnológico e capacitação de pessoal. A inclusão de gastos com pagamento de aposentadoria e pensões, merenda escolar, limpeza urbana, preservação ambiental e assistência social é vedada.

Conheça o texto completo da EC29/2000 e da lei que a regulamentou no CD do Curso.

Recursos humanos

A análise da situação e dos problemas do campo dos recursos humanos reveste-se de particular importância para o planejamento e a gestão por ser este o recurso crítico para a produção do cuidado em saúde.

Para a análise de situação, muitas vezes será necessário o desenho de estudos específicos e a utilização de diversas abordagens metodológicas para levantamento e obtenção da informação sobre os recursos humanos. É fundamental que se obtenha o levantamento dos recursos humanos disponíveis, de acordo com a formação, o tipo de vínculo, as horas contratadas, a lotação e o tempo de serviço. Isto é essencial para que se possa de antemão prever as necessidades de novas contratações, seja por saída ou por possíveis estrangulamentos na disponibilidade de profissionais.

É importante também avaliar a capacitação, o grau de conhecimento específico em relação às atividades a serem desenvolvidas. Embora possa parecer que os profissionais foram contratados para determinada função com base na sua qualificação, nem sempre isto é verdadeiro. Muitas vezes, nem mesmo as atribuições do cargo estão claramente definidas, o que torna ainda mais difícil a avaliação da adequação do profissional para cumprir as funções para as quais supostamente foi contratado.

As mudanças introduzidas ao longo da última década nos arranjos organizacionais e a adoção de novas formas de gestão de serviços públicos, através de contratos e terceirizações, entre outros, torna a gestão do trabalho tarefa extremamente complexa e eivada de questões. Algumas são críticas em nossa realidade atual, como:

- a precarização do trabalho;
- a má distribuição de profissionais e as dificuldades para a sua fixação em muitos territórios;
- a precariedade da formação.

No CD do Curso você encontrará um conjunto de textos e artigos que vão auxiliá-lo no estudo das questões relativas à gestão do trabalho

Estas questões, que são identificadas no âmbito macro e meso da política, devem ser detectadas no diagnóstico, procurando compreender de que forma estão presentes e se expressam em cada caso específico. Ao mesmo tempo, cabe buscar compreender as questões ao nível da micropolítica: como se formam as equipes, sua composição, arranjos e práticas de trabalho e o grau de implementação de políticas de educação permanente.

Função condução/gestão

A gestão de sistemas e de serviços engloba uma gama muito ampla de funções, que vão desde a formulação de políticas até a formulação do plano, passando pela gestão de redes de serviços e a gestão de funções ao nível das unidades.

O diagnóstico da função de gestão em um território tem como foco a análise da capacidade do gestor de exercer as funções de condução do sistema, entre as quais, a capacidade de:

- formulação de políticas;
- planejamento;
- regulação do sistema;
- avaliação da implementação de políticas, planos e ações propostos;
- acompanhamento e controle das ações de saúde e dos contratos estabelecidos;
- capacidade de resposta aos problemas encontrados através de novas soluções e modificação de rumos, se necessário;
- garantia de funcionamento efetivo dos fóruns de participação social;
- responsabilização pelo sistema de saúde e seus resultados.

A avaliação da capacidade de condução pode ser feita a partir de uma série de abordagens. Algumas das funções relacionadas acima podem ser consideradas pela existência de processos e mecanismos de gestão institucionalizados como, por exemplo, a existência de um serviço/ área de planejamento que efetivamente planeje e esteja integrada ao financiamento e à gestão; de sistemas de regulação que realmente exerçam essa função. Ou, ainda, de sistemas de informação e sua utilização rotineira para avaliação e controle das políticas, ações e serviços. Obviamente, essas abordagens não são excludentes e podem ser aplicadas simultaneamente.

Outras funções, como a capacidade de responder aos problemas, assumir a responsabilidade pela atenção à saúde da população de seu território/ região/ município ou a capacidade de garantir o funcionamento de fóruns que possibilitem efetiva participação social, só podem ser avaliadas através de abordagens qualitativas especialmente desenhadas.

Avaliando outros atributos das redes

Considerando nossa imagem-objetivo de constituição de redes de atenção, é essencial que o diagnóstico inclua a avaliação dos arranjos organizacionais que garantam a integração dos serviços, incluindo entre outros aspectos:

- a análise dos fluxos estabelecidos pela população em sua procura por serviços de saúde e da medida em que estes fluxos são ou não induzidos por definições do sistema de saúde;
- a existência de uma proposta de plano de saúde e/ou de organização de serviços com definição do perfil assistencial das unidades, estabelecendo a função de cada uma na rede, incluindo o grau de capacidade de resolução de cada nível/ componente da linha de atenção, e a adoção de protocolos;
- a instituição de mecanismos efetivos de regulação, precedidos da definição da proposta de organização da rede, e definição de perfis assistenciais;
- a análise das relações estabelecidas entre as diversas unidades de um território/ município e destas com as dos territórios/municípios vizinhos e o grau de institucionalização das referências.

Da mesma forma que a análise da capacidade de condução, o diagnóstico dos arranjos organizacionais pode ser realizado por meio de diversas metodologias. A existência de processos integrados de planejamento e avaliação que efetivamente reflitam as propostas de constituição de redes com definição de perfis e funções assistenciais, por exemplo, é em si mesma um indicador de sistemas mais próximos à concepção de organização em redes. Já a existência de Planos Diretores de Regionalização (PDR) realizados de forma ritual, apenas para cumprir exigências burocráticas, sem compromisso com a realidade da provisão da atenção e que não são atualizados ou avaliados é por si só um forte indicador de fragmentação da atenção e distanciamento da concepção de redes.

Outras abordagens, como entrevistas com informantes-chave, estudos de filas, grupos de discussão, e outros desenhos específicos para coleta de informação poderão ser utilizados para avaliação deste aspecto.

Outra forma de avaliar as articulações organizacionais no sentido da construção da integração, ainda que mais raramente utilizada, é centrar o foco da análise no caminho do paciente ao longo da rede. Para

isso, é possível eleger "condições traçadoras", como, por exemplo, o diabetes, e acompanhar como e onde os pacientes são tratados, se há garantia de encaminhamento para outros níveis/serviços, caso necessário, e se existem mecanismos de acompanhamento de casos e integração das práticas.

Certamente, os critérios listados podem tanto servir como guia para o diagnóstico de situação da estrutura dos sistemas de serviços de saúde, como para nortearem as propostas de organização de serviços, compondo a imagem-objetivo, o ideal que buscamos alcançar.

Leatt et al 2000 apud Contrandriopoulos e Hartz, 2004, p. S334 citam alguns critérios que expressam o grau de integração do sistema, do ponto de vista dos pacientes. Para eles, ser efetivamente cuidado por um sistema em redes é:

- Não precisar se submeter a repetições inúteis de exames.
- Não ser a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos.
- Não se restringir a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível (superior ou inferior).
- Dispor de 24 horas de acesso a um provedor de serviços ligado à atenção primária.
- Receber informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas.
- Ter acesso fácil (por exemplo, telefone) e oportuno aos diversos exames e profissionais.
- Dispor de tempo suficiente nas consultas do primeiro nível de atenção.
- Ser rotineiramente contatado para prevenir complicações de problemas crônicos.
- Receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que maximize sua autonomia.

Fórum

Considerando a sua experiência ou a da equipe com que você trabalha e as informações que você conhece ou de que dispõe, como você avaliaria o grau de integração do sistema no qual trabalha, baseado nos critérios citados por Contandriopoulos e Hartz destacados anteriormente?

Atividade do Módulo 11

Volte à matriz de indicadores do PROADESS relacionadas a acesso em http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=acesso. Veja alguns dos indicadores utilizados em outros sistemas de saúde para avaliação de acesso. Dentre eles, quais você considera que poderiam ser utilizados no caso brasileiro? Você poderia sugerir outros?

Envie suas respostas a seu tutor

Referências

Donabedian, A. *Explorations in quality assessment and monitoring. The Definitions of Quality and Approaches to its Assessment*. Michigan: Health Administration Press, 1983, v.1.

Hartz, Z; Contandriopoulos, A.P., 2004. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cadernos Saúde Pública* 20 Suppl 2:S331-6.

Lima, E.; Lira A.M. *Análise das condições de financiamento do SUS*. Texto elaborado a partir de dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/ Fiocruz, 2013.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2001. Indicadores de saúde: elementos básicos para a análise da situação de saúde. *Boletim Epidemiológico* 22(4): 1-5.

Taveira, M. A. *Utilização de Indicadores nos Serviços de Saúde*, versão revista e atualizada do cap. 9 do livro Planejamento da Atenção à Saúde. Fiocruz/UNB, Rio de Janeiro/Brasília, 1998.

Travassos, C.; Martins, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Supl. 2:S190-S198, 2004.

12. Identificando problemas e definindo estratégias de intervenção

Adolfo Horácio Chorny, Rosana Kuschnir e *Anilska Medeiros*

Revendo o que você aprendeu ao longo dos módulos desta unidade de aprendizagem, você deve se lembrar que no Módulo 10 definimos o processo de planejamento como aquele pelo qual determinamos os caminhos a percorrer para que alcancemos a situação desejada. Informado por uma determinada situação que se deseja alcançar – a imagem-objetivo, ele consiste, em linhas gerais, em: identificar problemas e seus fatores que contribuintes; identificar e eleger prioridades de intervenção; definir as estratégias de intervenção e definir todas as ações e recursos necessários para que as ações propostas sejam colocadas em prática.

No Módulo 11, discutimos o processo de diagnóstico de situação em suas várias dimensões. Acreditamos que, ao finalizar o módulo, você imaginou (de forma correta, aliás), que se veria rodeado de uma gama enorme de problemas, relacionados a diferentes dimensões e frutos de variadas causas.

Ao mesmo tempo, você também se lembra, é central que o plano a ser elaborado não represente apenas uma listagem de problemas e uma declaração de que esses problemas "não deveriam existir" ou que "devem ser solucionados". Como vimos no Módulo 10, os objetivos que se querem alcançar e as estratégias de intervenção definidas para que sejam alcançados devem ter coerência entre si, ser factíveis (do ponto de vista técnico) e viáveis (do ponto de vista político).

Quando não há condições técnicas ou políticas para que determinadas propostas consideradas essenciais sejam implementadas, o plano deve contemplar as estratégias para que sejam criadas essas condições no futuro – ou a proposta deve ser abandonada por infactível e inviável.

Nesta medida, foram enfatizadas duas questões centrais à orientação do processo de definição de prioridades e de elaboração de estratégias de intervenção para enfrentar as prioridades selecionadas. A primeira é que para que esse processo de intervenção seja possível, é preciso eleger problemas sobre os quais se possa intervir, ou seja, que estejam no âmbito da capacidade de decisão de quem planeja. A segunda é que para que o plano possa ser efetivamente instrumento de mudança, é preciso aprofundar o conhecimento sobre as causas dos problemas e sobre elas basear as estratégias de intervenção.

Neste módulo, discutiremos algumas das questões que cercam o processo de eleição de prioridades e o aprofundamento do diagnóstico em busca das "causas das causas", pressuposto para a elaboração de propostas de ação coerentes e consistentes.

Ao final do módulo, reapresentaremos também, com maior detalhamento, os passos a serem seguidos no processo de programação – que você conheceu no Módulo10 – que permite traduzir objetivos e estratégias de intervenção em planos de ação.

A intenção é que o estudo deste módulo possa contribuir para a compreensão do processo de aprofundamento do diagnóstico e identificação das causas e a inter-relação entre identificação de causas e elaboração de estratégias de intervenção.

Identificação de problemas e eleição de prioridades

O processo de planejamento busca identificar problemas – atuais e futuros – e os fatores que contribuem para a situação observada. A partir desta identificação, definem-se estratégias de intervenção para alcançar as mudanças consideradas necessárias.

A análise dos condicionantes da situação permite identificar em que âmbito é possível intervir de forma mais eficaz sobre as causas de um determinado problema e não sobre suas manifestações superficiais. Para que isso seja possível, é necessário inicialmente que o problema seja bem delimitado e que sejam identificados alguns dos grupos de fatores que poderiam constituir-se nas causas mais imediatas. A análise

aprofundada destes fatores, como discutiremos mais adiante, orientará a eleição das prioridades e a elaboração de estratégias de intervenção.

Por exemplo, ainda que num plano proposto para um serviço de saúde se possa apontar que as condições de vida da população atendida são a causa de determinados problemas de saúde, sabemos que ações que obtenham impacto sobre esses determinantes não podem ser realizadas apenas no âmbito do setor saúde e menos ainda de um serviço. No entanto, o diagnóstico aprofundado permitiria propor intervenções focais que poderiam atuar sobre causas mais imediatas.

Para refletir

Considerando sua realidade e experiência, você poderia identificar uma situação/ exemplo que pudesse ilustrar o texto acima? Qual seria o problema de saúde e que intervenções focais seriam essas?

A identificação e delimitação dos problemas, embora muitas vezes considerada uma questão simples e corriqueira, é na realidade bem mais complexa e requer questionamento e reflexão. Tomemos como exemplo a informação usualmente trabalhada no diagnóstico de situação, em especial no diagnóstico de saúde.

Ao trabalharmos com a mortalidade, por exemplo, muitas vezes não fica claro qual o problema identificado. Frequentemente, os diagnósticos elaborados apresentam as causas de morte, em especial, a mortalidade proporcional, mas não é possível compreender em que medida o processo identificou esses óbitos como problemáticos. Afinal, frente à finitude humana, a mortalidade não pode ser caracterizada exatamente como um problema – ao menos, não para o planejamento.

Assim, a identificação das doenças cardiovasculares e das neoplasias como as principais causas de óbito – como ocorre em boa parte dos territórios brasileiros e para o país como um todo – não pode ser considerada um problema em si. Este é o padrão observado para os países que têm melhores condições de vida e saúde – ao contrário da mortalidade por doenças infecciosas ligadas à pobreza – já que quanto mais as pessoas vivem, maior a prevalência de doenças crônicas.

Então, qual é exatamente o problema? É preciso defini-lo com clareza. No caso das doenças crônicas, por exemplo, o problema pode ser expresso por taxas elevadas de mortalidade cardiovascular e/ou óbito por doenças cerebrovasculares em idade muito mais precoce do que as

observadas em países desenvolvidos (como é o caso brasileiro). Ou, no caso das neoplasias, por um percentual elevado de pessoas que têm a doença detectada apenas em estágio avançado, o que também acontece no caso brasileiro. Ou seja, pessoas cujas mortes poderiam ter sido evitadas pelo acesso ao tratamento e cuidado adequados. Ou, ainda, que não tiveram o acompanhamento adequado ao longo do processo que pudesse amenizar o sofrimento e a dor.

Assim, uma maneira de identificar problemas neste campo é a utilização de indicadores para análise da mortalidade evitável, que pode ser avaliada para agravos ou grupos etários. No caso da mortalidade infantil, por exemplo, existem classificações bem estudadas das diversas causas de óbitos de acordo com o critério de evitabilidade, definindo por que tipo de estratégia de intervenção seria possível evitá-las em cada caso. Assim, além de ajudar na delimitação do problema, a análise da mortalidade evitável permite identificar as estratégias de intervenção a serem utilizadas.

No CD do Curso você encontrará artigos que apresentam os resultados da aplicação da metodologia ao caso brasileiro.

Uma outra abordagem que auxilia a identificação de problemas e a eleição de prioridades em saúde são os estudos de carga da doença, que utilizam como indicador o DALY (Disability Adjusted Life Years – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade). Este indicador procura medir simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida e mede os anos de vida perdidos, seja por morte prematura, seja por incapacidade.

No campo do diagnóstico de recursos, da forma como se estruturam e funcionam os serviços e sua efetiva organização em rede, a delimitação de problemas é também tarefa complexa. Em geral, são identificados e listados uma série de questões relacionadas a diferentes dimensões e aspectos, sem que se consiga identificar causas e correlações. Por exemplo, não é difícil encontrar uma relação de problemas como: faltam serviços, há filas de espera, salários inadequados, falta de integração entre as unidades, sub-financiamento, falta algodão, excesso de ações judiciais, falta capacitação profissional, dificuldade de estabelecer fluxos entre diferentes territórios etc. etc. Embora todas estas questões possam estar efetivamente presentes, simplesmente listá-las pouco contribui ao aprofundamento diagnóstico, como você verá adiante.

Outro elemento a ser considerado na seleção e definição de um problema é que nem sempre o incremento de recursos (financeiros, humanos, equipamentos etc.) representa a única ou a melhor solução, já que, se assim fosse, a busca de problemas passaria obrigatoriamente pela ótica distorcida de que quanto mais melhor.

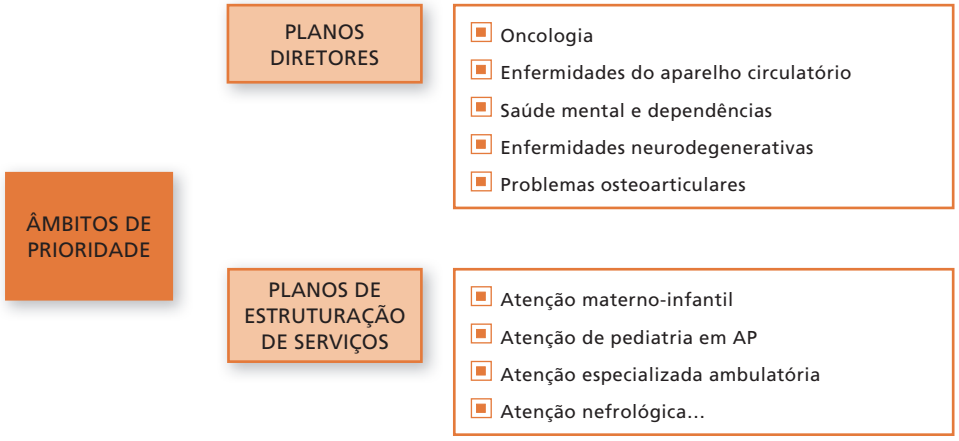
É necessário aprofundar o diagnóstico para que fique claro se as causas de problemas identificados na oferta e/ou no acesso a serviços de saúde são efetivamente derivados da carência de recursos ou de questões relacionadas à gestão dos recursos existentes. Por exemplo, uma política de investimentos sem a identificação desses problemas será uma proposta de intervenção que não guarda coerência com os problemas reais no caso considerado e não será capaz de alcançar objetivos de mudança – se estes forem os objetivos, naturalmente.

Lembre-se que a percepção de um problema é influenciada por diferentes fatores, entre os quais se incluem a inserção do observador no processo, suas expectativas e a maior ou menor proximidade do espaço de tomada de decisões.

Mesmo o tempo, por exemplo, pode ser percebido de diversas formas. Uma questão é o tempo para quem espera ser atendido num serviço de emergência, e outra, bem diferente, é a percepção deste mesmo tempo pela equipe de atendimento. Para quem espera, há a urgência para resolver a situação, dada pela avaliação da gravidade/ sofrimento/ desconforto. Já para a equipe, o que determina se o tempo de espera é adequado ou não é a avaliação por critérios técnicos da gravidade/urgência da situação, o conhecimento sobre os recursos disponíveis e a pressão exercida pela demanda total.

Finalmente, cabe considerar que a eleição de prioridades sempre será feita com base na relevância dada, desde a ótica de quem planeja, à resolução dos transtornos gerados pelo problema, aí incluídas as prioridades definidas politicamente pelas diversas instâncias de governo.

Figura 3 – Exemplo de dimensões e articulações presentes no Planejamento em um Sistema Nacional de Saúde – Comunidade Autônoma da Catalunha, Espanha, Plano de Saúde 2011-2015



Fonte: Fusté, 2012.

Aprofundando o diagnóstico: formulando hipóteses e identificando as causas

Como vimos, a identificação de um possível problema surge a partir do diagnóstico. Uma vez diagnosticado um problema, sua explicitação deve ser feita de forma clara, completa e precisa, para que o problema possa ser identificado de modo inequívoco.

Inicialmente, é preciso fazer uma primeira definição dos indicadores ou descritores associados à medição do fato que está sendo considerado como potencial problema. Em particular, é preciso escolher padrões ou parâmetros que permitam avaliar a dimensão do problema.

O passo seguinte é serem identificados os fatores causais que geram o estado de coisas que se deseja mudar. Para que essas causas sejam conhecidas, para cada problema selecionado é necessário o aprofundamento do diagnóstico realizado, formulando-se hipóteses que expliquem as causas subjacentes e buscando-se respostas a novas perguntas acerca da situação.

Para que as propostas de solução tenham coerência e consistência em sua formulação, é preciso aprofundar o estudo iniciado no diagnóstico, no sentido de serem identificados os fatores que dão origem aos problemas selecionados e ser estabelecida uma ordem entre eles.

Esta hierarquização entre os fatores causais se dá a partir de critérios, ou seja, em função da sua relevância como causa do problema principal e das possibilidades de se intervir sobre eles. De pouco adianta, do ponto de vista da intervenção destinada a resolver um problema, saber que a causa prioritária está longe da gestão do sistema, unidade ou serviço e, portanto, independe da vontade daqueles que têm que conviver com a situação problemática.

Todo problema tem uma ou mais causas que devem ser identificadas para que se possa minorar ou eliminar o seu impacto. Vamos entender por causa os fatores necessários e suficientes para que o fato, transformado em nosso problema, se produza.

As causas podem ser diretas ou indiretas. Diretas são as que estão no primeiro plano e são suficientes para o surgimento do problema; indiretas são aquelas que condicionam a existência do problema e sua abrangência.

As causas podem relacionar-se ao problema de maneira conhecida ou desconhecida, simples ou complexa. Em geral, a existência de estudos anteriores permite identificar aqueles fatores que já se revelaram como importantes e, portanto, merecedores de atenção especial. Assim, ao identificar um problema, procure buscar o que já existe de estudos realizados anteriormente ou qualquer material produzido sobre ele.

Na identificação das causas prováveis do problema, é conveniente levar em consideração a existência de uma teoria prévia que permita identificar os elementos que conformam o problema e a relação causal entre os mesmos.

Acompanhe o exemplo descrito abaixo, onde o problema identificado foi a falta de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) num determinado território. Para facilitar sua compreensão, vamos descrever passo a passo o procedimento seguido.

Começaremos por identificar os conjuntos de dimensões selecionados como contendo as variáveis causais do problema. O procedimento escolhido, tabelas de efeito-causa, nos permitirá aproximar-nos das causas mais básicas até onde alcança nosso poder de intervenção.

Basicamente, o procedimento é uma interação (repetição) que parte do efeito para listar as possíveis causas. Uma vez feito isso, as causas são consideradas como efeitos e se passa a identificar suas possíveis causas, até que essa especificação chegue a um ponto onde não se tem mais poder de intervenção. Vejamos a seguir como seria o processo.

Problema: falta de UTI neonatal

1º passo

O primeiro passo parte da identificação dos grandes grupos ou dimensões causais relacionadas ao problema identificado.

Quadro1 – Grandes categorias ou dimensões causais do problema

Efeito a ser alterado	Grandes grupos ou dimensões causais
Falta de UTI neonatal	Populacionais
	Recursos humanos
	Recursos tecnológicos
	Recursos financeiros

2º Passo

O passo seguinte consiste em detalhar as causas que foram englobadas em cada uma dessas categorias e definir uma cadeia de causalidade. Como exemplo, vamos desenvolver a dimensão populacional.

Numa primeira aproximação, pode-se considerar o aumento da incidência do agravo gerando o aumento da demanda por leitos e superando a oferta existente. Nesse momento, listamos as causas mais imediatas que poderiam estar causando o problema, tal como é mostrado no Quadro 2.

Quadro2 – Primeira causa populacional e causas que a determinam de forma mais imediata.

Efeito	Causas imediatas mais prováveis
Demanda maior que a oferta de leitos.	Aumento do número de recém-nascidos com patologias que demandam internação.

Agora o processo segue tal como foi descrito acima. Neste passo, busca-se identificar as hipóteses que possam justificar a falta de leitos; para tanto, no nosso exemplo, começamos a enumerar as causas mais prováveis, desde a população, para essa carência.

A listagem de causas pode surgir da nossa experiência, da assessoria de especialistas, de procedimentos de consulta à bibliografia, de entrevistas com informantes-chave ou por outros procedimentos que permitam uma aproximação às possíveis causas.

Quadro3 – Segundo nível de causas

Efeito	Causas mais prováveis
Aumento do número de recém-nascidos com patologias que demandam internação.	Aumento da população mantendo a taxa de recém-nascidos com patologia estável.
	Aumento da taxa de recém-nascidos com patologia, com população estável ou com lento crescimento.
	Diminuição da oferta de leitos em estabelecimentos da área de influência do serviço em estudo.
	Alteração nas normas de internação de recém-nascidos com patologia, aumentando a taxa de internação desse tipo de clientela.

3º Passo

Antes de seguir avançando, é aconselhável verificar qual ou quais hipóteses causais são mais aproximadas ao caso em estudo. É oportuno lembrar que várias causas podem determinar o efeito observado e também que o trabalho de aprofundamento diagnóstico que estamos desenvolvendo deve ser reiterado com todas as dimensões.

Neste exemplo, a verificação da hipótese do aumento da população na área de cobertura poderia ser feita usando fontes secundárias (IBGE, alguns estudos populacionais que possam ter sido realizados recentemente na área de cobertura do serviço etc.).

A verificação da hipótese relacionada ao aumento da demanda para as unidades em estudo por diminuição da oferta de leitos em outros serviços pode ser feita, por exemplo, a partir da análise do local de residência dos pacientes internados na(s) UTI(s).

Pode-se analisar o local de residência em três momentos: o atual, três anos e seis anos antes (sempre no mesmo mês), e analisar se surge alguma mudança perceptível no padrão de local de residência.

Ainda que este procedimento possa não ser muito preciso, nesse momento estamos procurando indicações, ainda que não muito refinadas, de possíveis mudanças. Também poderia ser colhida informação acerca do volume e local de residência daqueles que foram rejeitados para a internação, se esta informação estiver disponível.

Para seguir desenvolvendo o exemplo, vamos supor que da nossa investigação preliminar surge como principal causa a que aparece na próxima tabela (Quadro 4).

Quadro 4 – Níveis de causas que provocam os efeitos mencionados

Efeito	Causas de segundo nível	Causas de terceiro nível
Diminuição da oferta de leitos em estabelecimentos da área de influência do território/serviços em estudo.	Política de manutenção de equipamentos inadequada.	Falta de profissionais com preparação adequada.
		Política de licitações inadequada.
		Falta de um planejamento para o reparo preventivo e a substituição de equipamentos por obsolescência.
	Saída de pessoal especializado sem possibilidade de incorporação de novos profissionais.	
	Leitos desabilitados por falta de recursos financeiros para sua manutenção e/ou recuperação.	

Como se observa, no Quadro 4 são especificadas as causas que estão por trás dos eventos observados, segundo uma hierarquia que vai das mais próximas (causas de segundo nível) até as mais longínquas (causas de terceiro nível). Este processo pode ser continuado até a identificação de outros níveis de causas, considerando para a eleição de estratégias de intervenção apenas aquelas sobre as quais quem planeja tem poder de intervenção.

A partir deste processo, é possível formular hipóteses e identificar causas subjacentes, subsidiando o processo de elaboração de estratégias de intervenção.

Elaborando estratégias de intervenção

As estratégias de intervenção são os caminhos pelos quais se propõe o enfrentamento dos problemas identificados, de modo a alcançar os objetivos definidos.

O aprofundamento do diagnóstico em busca das causas que condicionam a existência dos problemas é o que permite que as estratégias de intervenção elaboradas tenham coerência com os condicionantes da situação a ser mudada e que possuam consistência em sua formulação.

As estratégias de intervenção podem – e devem – ser múltiplas, dirigidas às várias causas imediatas e/ou subjacentes dos vários problemas identificados, de acordo com o âmbito de intervenção de quem planeja.

Como já referido, uma questão fundamental é que as estratégias definidas só têm possibilidade de ser realmente eficazes se guardarem coerência com os problemas identificados. Quanto maior o aprofundamento da análise das causas subjacentes, melhor poderão ser definidos os caminhos para enfrentar os problemas identificados.

Por exemplo, considerando-se a segunda hipótese listada no Quadro 3, "Aumento da taxa de recém-nascidos com patologia, com população estável ou com lento crescimento", é necessário aprofundar o diagnóstico para identificar as causas de segundo e terceiro nível. Você já sabe que, se boa parte dos óbitos for devida a causas relacionadas à assistência ao parto, a proposta de aumentar o número de consultas de pré-natal – quase sempre a primeira estratégia sugerida – não guardará coerência com os condicionantes da situação e não será capaz de obter o impacto desejado.

Mais uma vez, é bom lembrar que assim como os problemas escolhidos devem estar no âmbito de ação de quem planeja, também as estratégias de intervenção devem ser factíveis e viáveis. Assim, faz parte do processo considerar as restrições à implementação de ações que comumente existem e que são basicamente de três tipos:

- as que se referem ao poder político;
- aos recursos econômicos;
- e as relacionadas à capacidade organizativa e institucional.

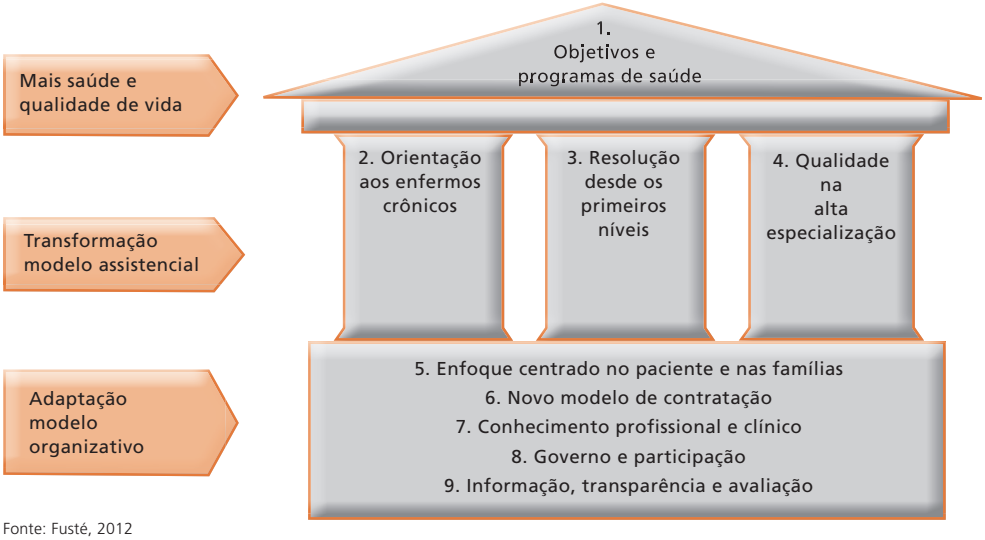
A identificação do espaço de restrição é importante para que se possa construir a factibilidade e a viabilidade do plano, ajustando as propostas de acordo.

Para praticar

Volte ao Quadro 4 e observe a causa de segundo nível "política de manutenção de equipamentos inadequada" e as causas de terceiro nível listadas – falta de profissionais com preparação adequada; política de licitações inadequada; falta de planejamento para o reparo preventivo e a substituição de equipamentos por obsolescência. Proponha estratégias de intervenção para cada uma delas considerando os aspectos de viabilidade e factibilidade.

Registre suas respostas no seu Diário de Estudos.

Figura 4 – Exemplo de relação entre objetivos em saúde, modelo assistencial e modelo de gestão num sistema nacional de saúde, Plano de Saúde Integrado da Catalunha Espanha, Plano de Saúde 2011-2015



Fonte: Fusté, 2012

Traduzindo as estratégias de intervenção em planos de ação

É a partir da definição dos caminhos que será possível a programação das ações, parte indissociável de processo do planejamento, constituindo-se na instrumentalização prática de um arcabouço teórico, que permite conferir ao planejamento sentido e conteúdo a partir do pressuposto de que sem a programação as proposições tendem a se caracterizar apenas como declarações de intenções.

Este é o momento tático e operacional do processo de planejamento, momento em que toda a análise acumulada se converte em ação; portanto, é o que dá sentido aos momentos anteriores, porque conecta-se com a realidade.

Para desenvolvê-lo adequadamente, é necessário cumprir alguns passos. As estratégias de intervenção, destinadas a atingir os objetivos propostos, devem ser traduzidas em metas (objetivos quantificados) e atividades/ações a serem implementadas.

O processo de definição de objetivos a partir dos problemas selecionados e a tradução das estratégias em planos de ação podem ser detalhados da seguinte maneira:

1º Definir os objetivos de saúde a atingir

Como você já viu no Módulo 10, é preciso definir com precisão o(s) objetivo(s) que se pretende atingir.

Porque planejamento em saúde trata de saúde, os problemas relacionados à gestão de recursos – inclusive os financeiros – são apenas meios (ainda que enormemente relevantes, é verdade,) para atingir aqueles objetivos.

Isto não quer dizer que não serão estabelecidas estratégias de intervenção e definidos objetivos e metas direcionados à gestão de recursos, à organização de serviços e/ou ao aumento da eficiência ao nível de sistemas, redes e serviços.

O que se quer enfatizar é que tais estratégias, objetivos e metas dirigidas à gestão não podem perder de vista os objetivos finais em saúde, sejam eles a alteração nas condições de saúde, aumento do acesso a ações e serviços, garantia da integralidade do cuidado ou melhoria da qualidade da atenção.

2º Estabelecer as metas necessárias para atingir aqueles objetivos

É preciso traduzir os objetivos definidos, quantificando-os através de metas que possam ser atingidas. O que está em jogo é a capacidade de conduzir, orientar e alterar cada passo do dia-a-dia, no sentido de nos aproximarmos do objetivo final; portanto, vale ressaltar que as metas ou objetivos quantificados devem ser exequíveis.

Isto implica que para defini-las temos que avaliar a real disponibilidade de recursos críticos para a implementação do plano. O objetivo desta análise é o de garantir a factibilidade das metas estabelecidas.

3º Definir as ações necessárias ao cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos

Neste momento do processo, busca-se estabelecer a melhor articulação entre meios para atingir os fins definidos. Para a abordagem dos problemas de saúde, é preciso identificar os processos de cuidado pertinentes e sua organização em linha(s) de cuidado mais custo-efetiva(s) em cada caso, para posteriormente ordenar as atividades segundo os níveis de complexidade/ densidade tecnológica da rede de serviços.

Este é, por excelência, o espaço de discussão dos protocolos clínicos, da medicina baseada em evidências e dos comitês de experts.

4º Aplicar normas para o cálculo de necessidade dos recursos críticos que compõem a linha de cuidado definida para cumprir as metas e objetivos estabelecidos

Como vimos no Módulo 10, não há possibilidade de se calcular necessidade de recursos sem utilizar normas ou parâmetros de referência. O problema é que, muitas vezes, os consolidados de normas técnicas decorrem apenas de estudos da oferta de serviços, desconsiderando a necessidade e/ou demanda dos usuários por serviços de saúde.

Portanto, para atingir objetivos de saúde, identificando as linhas de cuidado mais custo-efetivas em relação aos problemas de saúde prioritários, será necessário um tratamento criterioso quanto à aplicação dos parâmetros de referência.

5º Fazer o balanço entre o rol de recursos críticos necessários e o que se dispõe

Para realização deste balanço, consideram-se as estratégias que foram desenhadas com base no diagnóstico realizado e que têm por objetivo adequar os recursos existentes – seja através de investimentos em sua capacidade de operação ou de propostas que busquem incrementar o rendimento dos recursos humanos. Como vimos, apenas após considerar esta adequação é possível avaliar a necessidade de novos investimentos.

O resultado desta análise (superávit ou déficit de recursos) permite que se (re)oriente as estratégias de ação necessárias ao cumprimento dos objetivos e metas propostos.

A pergunta-chave é: como construir viabilidade para meu desenho normativo? Como referimos, é preciso contemplar três tipos de restrições: de poder, de recurso econômico e de capacidade organizativa e institucional.

A ideia é a de trabalhar com o binômio "construção de viabilidade versus ajuste/restrição do desenho normativo", de modo a torná-lo viável.

6º Estabelecer a(s) forma(s) de acompanhar/monitorar as ações e definir os responsáveis pela implementação das mesmas

Planejamento e avaliação são processos inter-relacionados. Quando se fala de planejamento, necessariamente está se falando de avaliação.

Na prática, o que se vê frequentemente é a avaliação ser tratada como última etapa do planejamento. O problema é que, após um insucesso, a avaliação pode perder sua finalidade teórica e passar a se caracterizar como um "tratado" de justificativas para explicar erros que não se pode mais corrigir.

A avaliação deve servir como subsídio à gestão e englobar uma série de aspectos/ dimensões para que possa apoiar a tomada de decisão. Matus (1978) resumia esta questão com a seguinte imagem:

> Quem dirige um automóvel precisa estar atento, simultaneamente, ao que existe a quinze metros de distância (futuro), ao que está imediatamente à sua frente (presente), aos espelhos retrovisores (passado); assim como precisa monitorar permanentemente os sinalizadores de desempenho do veículo.

Portanto, a seleção das variáveis e indicadores para avaliação das ações deve atender a objetivos precisos em relação ao bom andamento do plano de ação, porque tudo pode mudar, se quem avalia tem claro o que precisa saber.

Atividade do Módulo 12

Voltando ao Quadro 4, com base na sua experiência, substitua as linhas pontilhadas, formulando hipóteses para possíveis causas de terceiro nível para as causas de segundo nível listadas.

Quadro 4 – Níveis de causas que provocam os efeitos mencionados no AVA.

Efeito	Causas de segundo nível	Causas de terceiro nível
Diminuição da oferta de leitos em estabelecimentos da área de influência do território/ serviços em estudo.	Política de manutenção de equipamentos inadequada.	Falta de profissionais com preparação adequada.
		Política de licitações inadequada.
		Falta de planejamento para o reparo preventivo e a substituição de equipamentos por obsolescência.
	Saída de pessoal especializado sem possibilidade de incorporação de novos profissionais.	.....
	Leitos desabilitados por falta de recursos financeiros para sua manutenção e/ou recuperação.	.....

Avaliação final da Unidade V

Leia atentamente o artigo Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura, disponível em www.scielo.com.br e no CD do Curso.

De que maneira você considera que a abordagem utilizada ajudaria a definir prioridades e estratégias de intervenção? Que estratégias você proporia para cada um dos casos?

Envie suas respostas para seu tutor.

Referências

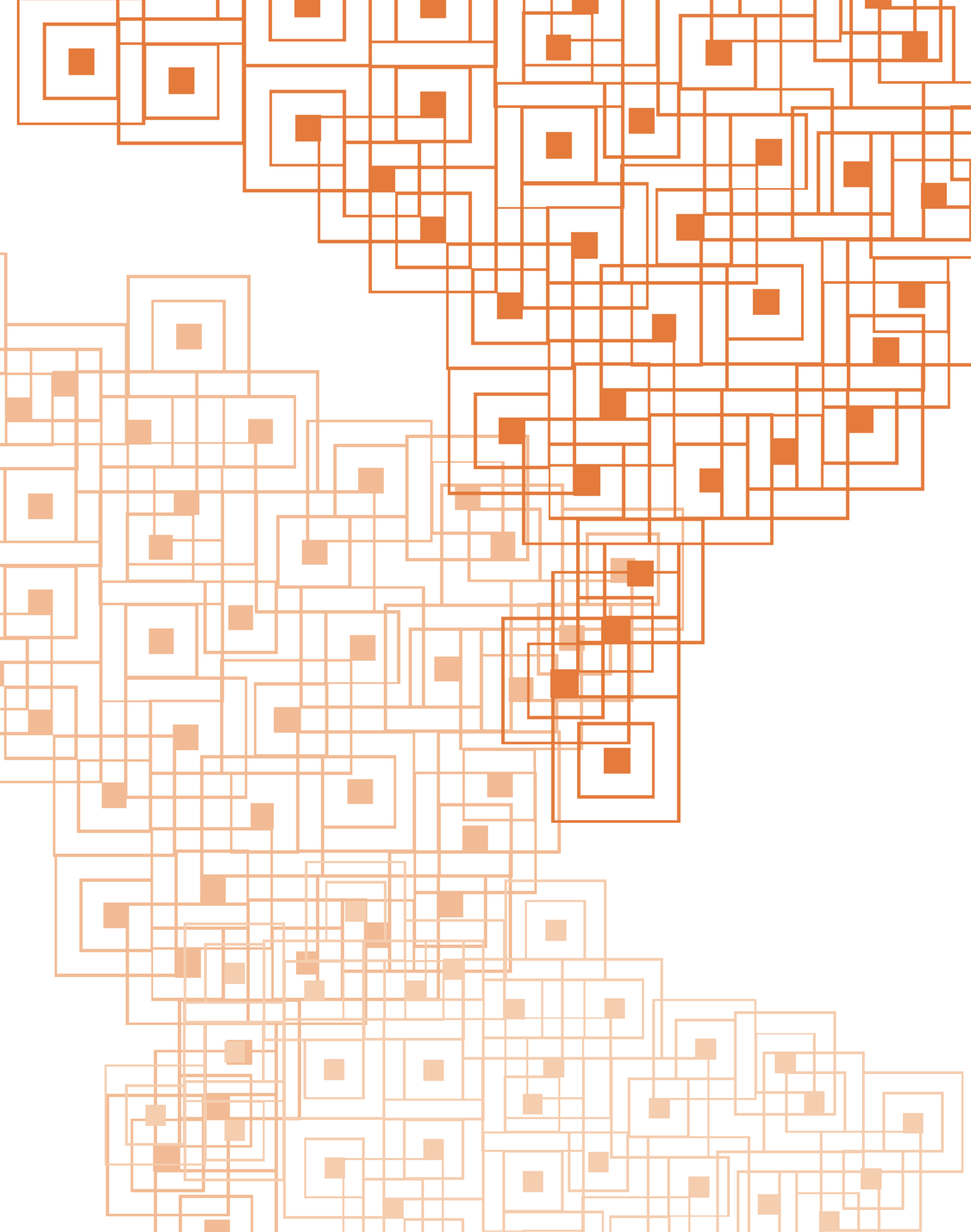
Fusté, J. *Instrumentos de planejamento e utilização de mapas de saúde* apresentado em Kuschnir, R. (org) Seminário Internacional Integração Assistencial em Redes de Atenção à Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, março 2012.

Lansky, S.; França, E.; Leal, M.C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública* 36(6), 2002.

Matus, C. *Estrategia y Plan*. 2. Ed.Siglo XXI, México, 1978.

Schramm, J.M.A.; Oliveira, A.F.; Leite, I.C. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e saúde coletiva* 9 (4), out./dez. 2004.

VI | Planejamento e programação em saúde II



13. Definindo o problema

Rosana Kuschnir e *Letícia Batista da Silva*

Nesta Unidade de Aprendizagem, daremos continuidade e retomaremos muito do que você aprendeu até aqui. Vamos nos reportar ao que você estudou nas unidades anteriores, articulando os conceitos de rede e de organização de serviços vistos na UA II, os conceitos da epidemiologia que você aprendeu na UA III e daremos seguimento ao diagnóstico realizado na UA V.

Na UA V, a partir da análise epidemiológica e da epidemiologia aplicada aos serviços de saúde, tentamos uma aproximação a alguns dos problemas de saúde e às necessidades de saúde da população de um território. Ao final da UA, você deve ter percebido que os problemas que encontramos são de natureza diversa e relacionados a diferentes dimensões, e há a necessidade de que sejam classificados e seu diagnóstico aprofundado, de modo a tornar possível a proposição de soluções efetivas. Você viu, então, que o diagnóstico é um processo permanente, que permite aprofundar o conhecimento sobre a situação na qual se quer intervir.

Nesta UA, vamos discutir de que maneira pensar estratégias para intervir sobre problemas de saúde utilizando o caso do câncer, doença crônica que torna-se cada vez mais prevalente com o envelhecimento da população. Utilizaremos os exemplos dos cânceres do colo do útero e de mama, dois grandes problemas de saúde pública, prioridades da política de saúde brasileira, alvo de diferentes políticas e programas, com metas especificamente pactuadas no Pacto pela Saúde e pelos indicadores de transição do COAP. Foram ainda objeto do Plano de Fortalecimento da Prevenção, Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama em 2011 (Brasil, 2011) – cujas propostas você vai conhecer – e estão incluídos na Lei nº 12.732, que entrou em vigor em maio de

O Projeto *História do Câncer – atores, cenários e políticas públicas*, desenvolvido em parceria pela Casa de Oswaldo Cruz (COC)/Fiocruz e o INCA, dedica-se ao estudo da trajetória das ações de controle do câncer no Brasil. São de seu acervo as ilustrações utilizadas nesta UA. Acesse em http://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/index.php/pt-br/. Vale a pena conhecer!!

2013 (Brasil, 2012), estabelecendo prazo máximo de 60 dias para que casos diagnosticados de câncer iniciem tratamento no SUS. Vamos ver de que maneira pensar a organização de linhas de cuidado e quais os desafios colocados à sua implementação.

Como você tem visto ao longo do Curso, para a definição de estratégias de intervenção é fundamental conhecer o problema. Assim, neste módulo, você vai conhecer um pouco das questões relativas à epidemiologia do câncer em geral e dos cânceres do colo do útero e de mama em particular.

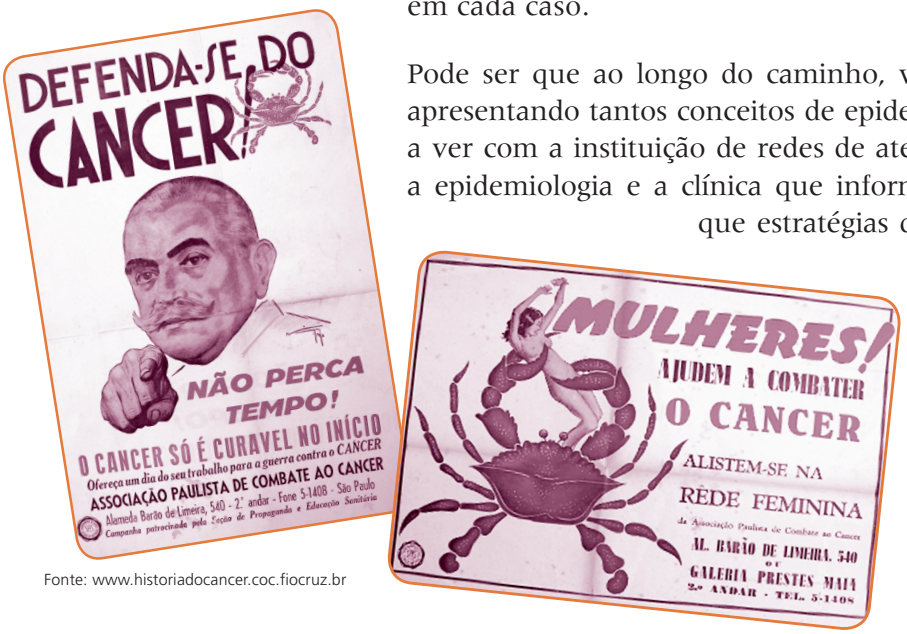
Nos Módulos 14 e 15, discutiremos, respectivamente, o câncer do colo do útero e o de mama: apresentaremos conceitos básicos acerca do problema, das possíveis estratégias de intervenção e o que nos dizem os estudos de avaliação que apontam as dificuldades existentes para a implementação de políticas.

Durante todo o percurso, faremos referência ao material que pode ser utilizado para aprofundamento – em sua maior parte produzido pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e disponível online.

Os cânceres do colo do útero e de mama serão utilizados como exemplo para a apresentação e discussão da metodologia de planejamento e programação de uma linha de cuidado. Em seus termos gerais, no que diz respeito à abordagem do problema, aprofundamento do diagnóstico, elaboração de estratégias de intervenção e definição/cálculo de recursos necessários, a metodologia é a mesma para qualquer problema de saúde que se escolha, com as naturais adaptações a serem realizadas em cada caso.

Pode ser que ao longo do caminho, você se pergunte porque estamos apresentando tantos conceitos de epidemiologia e clínica, o que isso tem a ver com a instituição de redes de atenção. Na verdade, tem tudo. São a epidemiologia e a clínica que informam ao planejamento e à gestão que estratégias de intervenção serão eficazes para lidar com um determinado problema ou necessidade de saúde. Como você viu na UA II, o planejamento e, principalmente, a implementação de linhas de cuidado, só são possíveis através da articulação entre o planejamento/ programação, a epidemiologia e a clínica.

Figura 1 – Cartazes de Propaganda e Educação Sanitária da Associação Paulista de Combate ao Câncer



Fonte: www.historiadocancer.coc.fiocruz.br

Assim, num processo real implementado no território, esses campos necessariamente devem estar articulados, seja através de representação na equipe de planejamento/gestão, através de consultores ou, pela apropriação de material sobre o tema. Neste nosso trabalho, você vai representar essa articulação de olhares e saberes, estudando aspectos relacionados à epidemiologia e à clínica, que instrumentalizem sua tarefa de pensar estratégias de intervenção.

Câncer como questão de saúde pública

O termo câncer (ou neoplasias/neoplasias malignas) é utilizado genericamente para representar um conjunto de mais de 100 doenças, que incluem tumores malignos de diferentes localizações. São células que tendem a ser agressivas e incontroláveis e que podem se espalhar para outras localizações no corpo, através de metástases. O câncer pode afetar pessoas de todas as idades, mas há associação entre envelhecimento e a maioria dos tipos de câncer. Os cânceres têm comportamentos diferentes e exigem tratamentos distintos até mesmo quando se trata de câncer do mesmo órgão (INCA, 2014).

A cirurgia, a quimioterapia (método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos) e a radioterapia (utilização de radiação ionizante) são os principais tratamentos de combate e de controle do câncer.

Os avanços da medicina no campo da oncologia são inegáveis e se intensificaram nas últimas décadas do século passado, causando impacto na perspectiva da prevenção, do diagnóstico, da proposta terapêutica e dos cuidados paliativos. Ainda assim, o câncer continua sendo um problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos, como nos em desenvolvimento. De acordo com a Agência Internacional para a Pesquisa em Câncer da Organização Mundial de Saúde (IARC, da sigla em inglês), o câncer, em 2030, deverá superar as doenças cardiovasculares como a primeira causa de mortalidade no mundo (IARC, 2012).

Os casos de câncer dobraram entre 1975 e 2000 e devem duplicar novamente entre 2000 e 2020. Para 2030, estimam-se 17 milhões de óbitos, 27 milhões de novos casos e 75 milhões de pessoas vivendo com câncer durante os cinco anos seguintes a seu diagnóstico, sendo que nos países mais pobres acontecerão mais da metade dos novos casos e dois terços dos óbitos (World Health Organization, 2008). As piores condições de vida e o menor acesso a serviços de saúde de qualidade fazem com que a incidência de determinados tipos de câncer seja mais alta – como o próprio câncer do colo do útero – com que falte o diagnóstico ou que este seja tardio e, assim, a sobrevida seja menor.

A utilização de agrotóxicos é também um fator de risco relacionado ao consumo, pela contaminação dos alimentos, particularmente importante para nós. O Brasil é o país que mais utiliza agrotóxicos no mundo – vários deles proibidos nos Estados Unidos e na União Européia, por sua alta toxicidade. Acesse os vídeos "O veneno está na mesa" I e II, do cineasta Sílvio Tendler, e compreenda melhor o problema. https://www.youtube.com/watch?v=8RVAgD44AGg e https://www.youtube.com/watch?v=fyvoKljtvG4. Imperdível!!!

Em países de maior renda, predominam os cânceres de pulmão, mama, próstata e cólon, e nos de baixa e média rendas, os de estômago, fígado, cavidade oral e colo do útero. No entanto, o padrão está mudando rapidamente, e vem-se observando um aumento progressivo de casos de câncer de pulmão, mama e cólon nos países mais pobres, casos que historicamente não apresentavam tal magnitude (INCA, 2014).

A multicausalidade é frequente na formação do câncer, e o mesmo fator de risco pode estar envolvido na gênese de vários processos crônicos. Este é o caso do tabagismo e da obesidade, relacionados a diversos tipos de câncer, a doenças cardiovasculares e respiratórias. Fatores de risco podem estar relacionados ao meio ambiente, ao padrão genético ou a hábitos e costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural.

No site do Instituto Nacional do Câncer (INCA), você encontrará vasto material acerca dos diversos fatores de risco para diferentes tipos de câncer. Acesse em www.inca.gov.br. O INCA oferece regularmente um curso à distância "ABC do Câncer: Abordagem para o Controle do Câncer (Brasil)" e a Escola Nacional de Saúde Pública/ ENSP/ FIOCRUZ oferece o Curso de Atualização em Epidemiologia do Câncer, consulte em www.ensp.fiocruz.br

São raros os casos de câncer que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos, ainda que o fator genético exerça um importante papel. A maioria dos casos está relacionada ao meio ambiente, compreendido como o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) e o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida).

São muitos os riscos ocupacionais bem estabelecidos e estudados, como a relação entre a exposição ao asbesto, presente nas fibras de amianto, e o câncer de pleura; ou entre as aminas aromáticas, usadas na produção de tintas, e o câncer de bexiga. O câncer de bexiga também está relacionado com a exposição dos trabalhadores rurais a agrotóxicos, assim como os nitritos e nitratos utilizados na conservação de alguns alimentos, como picles, salsichas e outros embutidos e alguns tipos de enlatados estão relacionados ao câncer de estômago.

Pela complexidade das interações relacionadas às doenças crônicas e ao câncer, fica clara a complexidade das ações requeridas para lidar com o problema, que exigem a adoção de conceitos ampliados do processo de adoecimento, como você viu na UA II.

Cuidados paliativos foram definidos pela OMS (2002), como uma "abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual"

As principais estratégias para o controle do câncer são prevenção/detecção precoce, diagnóstico/tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, através de ações e intervenções que dependem do tipo de câncer e se caracterizam pela necessidade de abordagem intersetorial e multidisciplinar. Como para todas as condições crônicas, no que se refere à organização da atenção, a instituição de redes com definição clara de perfis e funções de cada nível e mecanismos de coordenação muito bem azeitados é essencial para a garantia do cuidado integral.

Os números do câncer no Brasil

De acordo com o INCA, as estimativas para 2014 (válidas também para 2015) apontam para a ocorrência de aproximadamente 577.000 casos novos de câncer no Brasil. Este número inclui os casos câncer de pele não melanoma, de maior incidência e baixo grau de malignidade (cerca de 182 mil), considerados benignos, mas que devem ser tratados e acompanhados. Dos outros 395 mil novos casos, os mais frequentes serão os de próstata, mama, colón e reto, pulmão, estômago e colo do útero (Quadro 1). (INCA, 2014b)

Quadro 1 – Estimativas de casos novos de câncer segundo sexo e localização primária. Número de casos, distribuição percentual e taxa bruta de incidência (por 100.000) para 2014

Localização Primária	Homens			Mulheres		
	Casos	%	Taxa Bruta	Casos	%	Taxa Bruta
Próstata	68.800	33,7	70,42	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	57.120	30,0	56,09
Colo do Útero	-	-	-	15.590	8,2	15,33
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	8,0	16,79	10.930	5,7	10,75
Cólon e Reto	15.070	7,4	15,44	17.530	9,2	17,24
Estômago	12.870	6,3	13,19	7.520	3,9	7,41
Cavidade Oral	11.280	5,5	11,54	4.010	2,1	3,92
Laringe	6.870	3,4	7,03	770	0,4	0,75
Bexiga	6.750	3,3	6,89	2.190	1,1	2,15
Esôfago	8.010	3,9	8,18	2.770	1,4	2,70
Ovário	-	-	-	5.680	3,0	5,58
Linfoma de Hodgkin	1.300	0,6	1,28	880	0,6	0,83
Linfoma não Hodgkin	4.940	2,6	5,04	4.850	2,5	4,77
Glândula Tireoide	1.150	0,6	1,15	8.050	4,2	7,91
Sistema Nervoso Central	4.960	2,4	5,07	4.130	2,2	4,05
Leucemias	5.050	2,5	5,20	4.320	2,3	4,24
Corpo do Útero	-	-	-	5.900	3,1	5,79
Pele Melanoma	2.960	1,4	3,03	2.930	1,5	2,85
Outras Localizações	37.520	18,4	38,40	35.350	18,6	34,73
Subtotal	**203.930**	**100,0**	**208,77**	**190.520**	**100,0**	**187,13**
Pele não Melanoma	98.420		100,75	83.710		82,24
Todas as Neoplasias	302.350		309,53	274.230		269,35

Fonte: Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil , INCA, 2014b.

Você pode observar no Quadro 1 o peso do câncer de próstata, responsável por quase 34% de novos casos no sexo masculino, seguido pelo de pulmão. Estas localizações, somadas a cólon, estômago e cavidade oral, são responsáveis por 61% de todos os novos casos. Para o sexo feminino, o câncer de mama responde por quase 30% dos casos novos, seguido pelo de colo do útero e cólon. Estas 3 localizações, somadas a tireóide e estômago, respondem por 55% do total de novos casos femininos. Para ambos os sexos, o câncer de colón e reto é o terceiro mais incidente.

Para praticar

Há marcadas diferenças entre as estimativas de incidência de cada tipo de câncer, quando se consideram as diferentes regiões do país. Entre no link http://www.inca.gov.br/estimativa/2014 e você encontrará as estimativas de novos casos por localização do tumor para os estados e regiões do país.

Explore as informações disponíveis, observe as diferenças entre as taxas de incidência dos vários tipos de câncer para seu estado, sua região e para o país. Observe como seu estado e sua região se comparam aos demais.

Anote suas reflexões em seu Diário de Estudos.

Com relação à mortalidade, desde 2003, as neoplasias malignas são a segunda causa de morte da população brasileira e representaram cerca de 17% do total de óbitos em 2011, variando entre 14% na Região Norte e 20,5% na Região Sul.

Para todos os habitantes do país, a taxa de mortalidade específica foi de 94,4 por 100.000, variando entre 130,3 na Região Sul a 50,5 na Norte (Datasus, 2012). No Quadro 2, são apresentados o número de casos, a mortalidade proporcional e as taxas brutas de mortalidade específica pelas cinco localizações mais frequentes para cada sexo.

Quadro 2 – Número de óbitos por câncer por sexo e localizações primárias escolhidas, distribuição percentual e taxas brutas de mortalidade (por 100.000) – 2011

Localização Primária	Homens			Mulheres		
	Casos	%	Taxa Bruta	Casos	%	Taxa Bruta
Pulmão	13.698	14,1	14,5	8.726	10,3	8,9
Mama	-	-	-	13.225	15,6	13,5
Próstata	13.129	13,5	13,9	-	-	-
Colo de útero	-	-	-	5.160	6,1	5,3
Estômago	8.608	8,9	9,1	4.720	5,6	4,8
Cólon	6.818	7,0	7,2	7.198	8,5	7,3
Esôfago	5.961	6,1	6,3	1.675	2,0	1,7
Outras localizações	48.813	50,4	51,8	43.836	51,9	44,7
Total	**97.027**	**100,0**	**103,0**	**84.540**	**100,0**	**86,1**

Fonte: IDB (DATASUS, 2012).

Em fins de novembro de 2014, o INCA lançou o Atlas de Mortalidade por Câncer – versão 2014, que você pode acessar em https://mortalidade.INCA.gov.br/MortalidadeWeb/. Nele, você encontrará informações de mortalidade para o ano de 2012.

Como você pode ver, para o sexo masculino, os cânceres de pulmão e de próstata são responsáveis pelo maior número de mortes por neoplasias, cerca de 28% do total. Comparando-se o Quadro 1 de incidência com o Quadro 2 de mortalidade, você percebe que o câncer de próstata, apesar de ser mais incidente, é menos letal que o câncer de pulmão.

Já para as mulheres, os maiores números de óbitos são devidos ao câncer de mama, também o mais incidente, seguido pelo de pulmão, com taxas significativamente menores, de cólon e colo do útero. Em conjunto, as 4 localizações são responsáveis por 40,5% das mortes femininas por câncer.

No entanto, com relação ao câncer do colo do útero, diversos estudos têm apontado a subestimação das taxas de mortalidade e proposto métodos de correção, como você verá adiante.

Assim como acontece com a incidência, a mortalidade por câncer apresenta grande variação regional, tanto em taxas globais como por tipo de localização.

Para praticar

No Atlas de Mortalidade por Câncer produzido pelo INCA acessível em https://mortalidade.INCA.gov.br/MortalidadeWeb/ você encontrará as taxas de mortalidade por sexo e localização primária do tumor para cada estado e região do Brasil para o ano de 2012. Explore um pouco o site e suas possibilidades. Você pode construir tabelas, gráficos e mapas. Escolha uma ou mais localizações de câncer e construa algumas tabelas, gráficos ou mapas, comparando as informações de seu estado com os demais. Observe as diferenças entre os valores observados. Como se apresenta essa comparação?

Anote seus comentários em seu Diário de Estudos.

Agora que você teve uma ideia da magnitude do câncer no Brasil, vamos ver com mais detalhes os cânceres do colo do útero e de mama.

O câncer do colo do útero

Em todo o mundo, são estimados 528 mil novos casos por ano e cerca de 266 mil mortes, sendo o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Há grandes diferenças de incidência e mortalidade entre as várias regiões do mundo, com maiores taxas em populações com piores condições de vida. O grupo de países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália apresentam as menores taxas de incidência e de mortalidade, respectivamente 8,5 e 2,7/100.000 mulheres. Na Finlândia, por exemplo, estas taxas são de 4,3 e 1,0/100.000, respectivamente (IARC, 2012)

Para ver e comparar as taxas de incidência e mortalidade dos vários tipos de câncer nas diferentes regiões e países do mundo, acesse o site da base de dados Globocan 2012 , mantido pelo Centro Internacional de Pesquisas contra o Câncer da Organização Mundial de Saúde (IARC/ WHO) em http://globocan.iarc.fr

Mais de 85% dos casos de câncer do colo do útero ocorrem nos países de baixa e média renda, onde ocorrem quase 9 entre 10 mortes pela doença. Os países da América Latina e, especialmente as regiões mais pobres da África e da Ásia apresentam as piores taxas. O grupo de países classificados como de piores condições de vida apresentam taxas de incidência e de mortalidade de 25,6 e 16,6/100.000 mulheres respectivamente. Na Tanzânia, por exemplo, essas taxas são de 54,0 e 32,4/100.000 (IARC, 2012).

As taxas brasileiras, que você viu no item anterior – incidência de 15,3 e mortalidade de 5,3/100.000, apresentam valores intermediários, mas ainda são altas, se comparadas com as dos países desenvolvidos, que têm programas de detecção precoce bem estruturado. Além disso, de acordo com diversos estudiosos, as taxas estão subestimadas, devido ao sub-registro de mortalidade. Sabe-se que a maior parte dos

casos registrados no atestado de óbito como "câncer de útero/porção não especificada" são, na realidade, cânceres do colo do útero e vários estudos realizaram a correção das taxas, sempre resultando em valores mais altos (Alves; Bastos; Guerra, 2009, 2010; Antunes, 2006; Gamarra; Valente; Silva, 2010a, 2010b; Mendonça et al., 2008; Silva et al., 2010; Zeferino, 2008).

O problema do registro é também um indicador da qualidade da atenção. Muitas vezes, quando a doença é diagnosticada em fase tardia, não é possível identificar a localização inicial.

Como você viu no Quadro I, para 2014, são esperados 15.590 novos casos de câncer do colo do útero no Brasil, representando uma taxa de 15,3/100.00 mulheres. Como acontece com outras localizações, os valores das taxas estimadas de incidência apresentam significativas diferenças entre as regiões. Variam de 23,6 na Região Norte, onde é o câncer mais frequente entre as mulheres, a 10,5/100.000 no Sudeste, onde ocupa a quarta posição entre os cânceres femininos, passando por 22,2 no Centro-Oeste, 18,8 no Nordeste e 15,9 no Sul (INCA, 2014).

Figura 2 – Cartaz prevenção do câncer ginecológico. Fundação das Pioneiras Sociais. Década de 1970

Fonte: www.historiadocancer.coc.fiocruz.br

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente entre as mulheres na região Norte e o segundo nas regiões Centro-Oeste e Nordeste. Nas região Sudeste e Sul, seu peso é menor, ocupando o quarto e quinto lugares respectivamente entre os novos casos de cânceres femininos.

Para praticar

Para uma melhor aproximação às taxas de incidência de câncer do colo do útero, são construídos dois conjuntos de taxas. Um toma como base apenas os casos diagnosticados especificamente como de colo do útero e outro agrega a estes os casos classificados como de "porção não especificada", que em sua maioria são também do colo.

No site http://www.inca.gov.br/estimativa/2014, você encontrará as duas taxas calculadas para cada região e estado, apresentadas em mapas.

Note as diferenças entre os dois conjuntos de taxas. O que essa diferença sinalizaria em relação à atenção ao câncer?

Considerando a incidência, como se situa seu estado em relação aos demais de sua região? E em relação às outras regiões?

Como você relaciona a incidência de sua região/estado com as condições de vida da população? E com a qualidade da atenção à saúde (registro adequado e estratégias de intervenção)?

Elabore um comentário e envie-o ao seu tutor.

Com relação à mortalidade, para uma taxa nacional de 5,3/100.000, é também a Região Norte que apresenta os valores mais elevados, 7,9/100.000, seguida do Nordeste (5,9), Centro Oeste (5,4), Sul (5,1) e Sudeste (4,4) (DATASUS, 2012).

De fundamental importância na avaliação das políticas de controle do câncer do colo do útero é a análise da tendência das taxas de mortalidade. Como se trata de uma patologia que pode ser prevenida em 100% dos casos, como você verá com detalhes adiante, o sucesso das estratégias de intervenção pode ser medido pelo declínio das taxas de incidência e de mortalidade e pela diferença entre as duas, que mostra se o diagnóstico foi feito em estágios iniciais e instituído o tratamento, aumentando a possibilidade de cura ou a sobrevida.

Para praticar

Volte ao Atlas de Mortalidade em https://mortalidade.INCA.gov.br/MortalidadeWeb/ . Clicando no ícone "representação espacial de taxas...", você pode construir mapas, comparando as taxas por estados, regiões e municípios. Selecione o CID C53 (colo do útero) e construa mapas, comparando as taxas por estado. Como se comporta o seu estado em relação aos demais?

Agora selecione também o CID C55, que inclui os cânceres de "porção não especificada" e refaça os mapas. Como se modificam as taxas?

Considerando o que foi dito acima sobre a relação entre as taxas de incidência e mortalidade, compare as taxas de incidência de sua região/estado (que você viu no exercício anterior) com as de mortalidade. O que esta comparação pode lhe dizer sobre o cumprimento das estratégias de controle do câncer do colo do útero?

Elabore um comentário e envie-o ao seu tutor.

Países desenvolvidos obtiveram resultados espetaculares na diminuição de suas taxas através do estabelecimento de programas de rastreamento organizado e tratamento/seguimento adequado dos casos, cujos componentes e detalhamento você estudará no Módulo14.

No caso brasileiro, de acordo com as taxas oficiais, a mortalidade tem-se mantido estável para o país como um todo, ainda que a tendência apresente importantes diferenças regionais – observando-se redução em algumas regiões e estados, especialmente no Sul, e aumento em outros, em especial em alguns estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Gonzaga 2013). De forma geral, observa-se diminuição tanto nas taxas de incidência como de prevalência para a maior parte das capitais brasileiras, de acordo com os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2012).

Estudos que utilizam a correção da mortalidade obtiveram valores mais altos para as taxas e também observaram a queda da mortalidade – em regiões onde as condições sociais e de saúde permitem a detecção e seguimento dos casos –, e o aumento em outras áreas. Esta tendência foi observada tanto no âmbito da mesma região (Gamarra, 2010a), como a nível nacional, onde as capitais mostraram declínio nas taxas, enquanto as cidades do interior apresentaram estabilização ou aumento nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Azevedo e Silva, 2010).

Se você entrar novamente no site do projeto Globocan 2012, http://globocan.iarc.fr, e clicar no link "Cancer fact sheets" e depois, no menu da próxima página, em cervix uteri (colo do útero), encontrará gráficos mostrando a tendência da mortalidade entre 1975 e 2000 em alguns países que instituíram programas de controle e poderá observar os resultados alcançados em 25 anos.

Para praticar

Entre novamente no Atlas de Mortalidade por Câncer, em https://mortalidade.INCA.gov.br/MortalidadeWeb/ , clique no ícone "taxas de mortalidade para as 5 localizações..." e você poderá construir gráficos de tendências da mortalidade do câncer do colo do útero para o Brasil e suas regiões.

Observe os gráficos para o Brasil e para as diferentes regiões. Como se comporta sua região em relação às demais e em relação ao país?

Faca uma comentário e envie-o para o seu tutor.

Como você pode observar, o programa brasileiro vem apresentando avanços, e pode-se identificar uma tendência à queda na mortalidade. No entanto, o câncer do colo do útero permanece um grande desafio para a saúde pública no país.

Ao longo desta UA, buscaremos identificar os nós que têm contribuído para a menor efetividade e eficácia das intervenções e discutiremos as possíveis estratégias para desatá-los. Para isso, você precisa conhecer um pouco mais sobre o câncer do colo do útero e como controlá-lo, como verá no Módulo 14.

O câncer de mama

Figura 3 – Cartaz educativo do Serviço Nacional de Câncer na década de 1940

Fonte: www.historiadocancer.coc.fiocruz.br

O câncer de mama é, de longe, o mais frequente entre as mulheres (IARC, 2012).

Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes (INCA, 2014).

As taxas de incidência variam entre a média de 27/100.000 mulheres em países da África Oriental a 96/100.000 em média, em países da Europa Ocidental. Este é, portanto, um

perfil oposto ao do câncer do colo do útero, encontrando-se as taxas mais altas, em média de 74,1/100.000 em regiões mais desenvolvidas e as mais baixas (em media 31,3/100.000) na maior parte das regiões em desenvolvimento. Voltando aos exemplos utilizados para o câncer do colo do útero, na Finlândia a incidência é de 89,4 enquanto na Tanzânia é de 19.4/100.000.

Já a variação das taxas de mortalidade é muito menor, entre 14,9/100.000 nas regiões mais desenvolvidas e 11,5/100.000 nas menos desenvolvidas. Pela comparação entre as taxas de incidência e de mortalidade para os dois tipos de região, percebe-se que as diferenças nos países desenvolvidos são maiores, sugerindo maior alcance das ações de rastreamento em diagnosticar precocemente a doença e acesso aos avanços no tratamento. Na Finlândia a mortalidade é de 13.7/100.000 (para uma incidência de 89,4/100.000) enquanto na Tanzânia é de 9,7/100.000 (para uma incidência de 19,4/100.000), evidenciando a diferença na sobrevida. Nos países desenvolvidos, a sobrevida a 5 anos depois de realizado o diagnóstico, é maior que 85%.

Se você entrar novamente no site do projeto Globocan 2012, http://globocan.iarc.fr, e clicar em câncer de mama, encontrará gráficos e mapas mostrando as taxas de incidência e mortalidade em várias regiões e países do mundo

No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na Região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2014, foram estimados 57.120 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 56,1 casos por 100.000 mulheres (reveja os dados no Quadro 1).

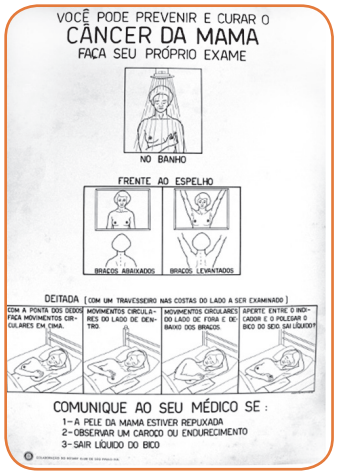
As taxas de incidência nas regiões brasileiras variam de 71,2/100.000 no Sudeste e 70,1/100.000 no Sul a 21,3/100.000 na Região Norte. As regiões Centro-Oeste e Nordeste apresentam valores intermediários, de 51,3 e 36,7/100.000, respectivamente.

Para praticar

Volte ao site http://www.inca.gov.br/estimativa/2014 e construa mapas e/ou tabelas com as taxas de incidência de câncer de mama por estado e regiões. Observe as diferenças. Como se situa o seu estado em relação aos demais da sua região? E em relação às outras regiões?

Elabore um comentário e envie-o ao seu tutor.

Figura 4 – Cartaz Educativo do Serviço Nacional de Câncer na década de 1940



Fonte: www.historiadocancer.coc.fiocruz.br

A taxa de mortalidade por câncer de mama apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com taxa de mortalidade específica de 13,5 /100.000 em 2011 (DATASUS, 2014). As regiões Sul e Sudeste são as que apresentam as maiores taxas, com 17,2 e 16,5 /100.000 respectivamente, enquanto no Centro Oeste, Nordeste e Norte os valores foram de 11,0, 9,8 e 5,9/100.000.

Tanto as taxas de incidência como as taxas de mortalidade brasileiras estão em crescimento, sendo que uma boa parte dos casos são diagnosticados em estágios avançados, como se detalhará no Módulo 15.

Para praticar

Agora, volte ao Atlas de Mortalidade, no link www.inca.gov.br/ Mortalidade e observe os mapas de mortalidade por câncer de mama. Observe as diferenças entre as taxas nos diversos estados e regiões. Como se situa o seu estado em relação aos demais da sua região? E em relação às outras regiões? Elabore um comentário e envie-o ao seu tutor.

Enfrentando o problema

Agora que você já conhece a magnitude do problema no país, em sua região e em seu estado, vamos passar a discutir como enfrentá-lo. Nos módulos 14 e 15, apresentaremos características gerais e aspectos ligados à clínica – à forma como as duas patologias se desenvolvem – porque é a partir deste conhecimento que se compreendem as estratégias de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de cada tipo de doença. E é a partir desse conhecimento que se pode pensar como intervir, considerando os vários aspectos relacionados ao problema.

Os casos são muito bem estudados há muito tempo, em especial o câncer do colo do útero e existem diretrizes e protocolos muito bem definidos. No entanto, a organização da atenção apresenta problemas, como apontado por uma série de estudos de investigação realizados por diferentes pesquisadores e por comissões especificamente formadas, que realizaram a avaliação da situação epidemiológica e da eficácia/ efetividade das ações desenvolvidas para o controle dos dois tipos de câncer. Nos Módulos 14 e 15, serão apresentados alguns desses resultados, que representam o aprofundamento do diagnóstico de situação e muitas vezes apontam as causas (e as causas das causas) de dificuldades de implementação dos programas, que se configuram nos verdadeiros desafios a serem enfrentados e que são essenciais na orientação à ação do gestor.

A Lei nº 12.732/12, publicada em novembro de 2012 (Brasil, 2012), estabeleceu que o primeiro tratamento – cirurgia, quimioterapia ou radioterapia – deve ser iniciado no prazo máximo de 60 dias a partir da assinatura do laudo anatomopatológico, que confirma o diagnóstico.

No entanto, a Portaria MS/GM nº 876/13 (Brasil, 2013), que regulamentou a lei em maio de 2013, mudou o início do prazo para o do registro do diagnóstico no prontuário, o que pode acontecer bem depois da assinatura do laudo. Em junho de 2014, nova Portaria foi publicada, MS/GM nº 1220 (Brasil, 2014), restabelecendo o prazo como definido pela lei.

Contudo, nem a lei nem as portarias tocam na questão do tempo transcorrido entre a suspeita diagnóstica e a confirmação anatomopatológica, que muitas vezes é longo e não é contado nos 60 dias.

Atividade do Módulo 13

Fórum

Em 23 de julho de 2013, entrou em vigor a lei que estabelece prazo máximo de 60 dias para que casos diagnosticados de câncer iniciem tratamento no SUS (Brasil, 2013).

Assim, no máximo ao final desse período, contado a partir da assinatura do laudo anatomopatológico que confirma o diagnóstico, deve ser realizada cirurgia ou iniciada quimioterapia e/ou radioterapia, de acordo com a indicação.

No entanto, nem a lei nem as portarias subsequentes estabelecem o prazo que deve decorrer entre a suspeita clínica e a confirmação diagnostica.

Em sua experiência e/ou conhecimento acerca da realidade de seu município/região/estado como você avalia que tem sido o cumprimento da lei? Quais as possibilidades e limites para que a lei possa ser integralmente cumprida?

Referências

Alves, C.M.M.; Guerra, M.R.; Bastos, R.R. Tendência de mortalidade por câncer do colo de útero para o estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1693-1700, 2009.

Alves, C. M. M.; Bastos, R. R.; Guerra, M. R. Mortality due do cancer of the uterine cervix in the state of Minas Gerais, Brasil, 1980-2005: period of cohort analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1446-1456, 2010.

Antunes, J.L.F.; Wunsch-Filho, V. The effect of performing corrections on reported uterine cancer mortality data in the city of São Paulo. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 39, n. 8, p. 1091-1099, 2006.

Silva, G. A. et al. Cervical cancer mortality trends in Brazil, 1981-2006. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2399-2407, 2010.

Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 nov. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccvil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 maio 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.220, de 3 de junho de 2014. Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 jun. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1220_03_06_2014.html>.

Datasus. Indicadores e dados básicos: IDB, 2012. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <www.datasus.gov.br/idb>.

Gamarra, C. J.; Valente, J. G.; Silva, G. A. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. *Revista Panamericana Salud Publica*, v. 28, n. 2, p. 100-106, 2010b.

Gamarra, C. J.; Valente, J. G.; Silva, G. A. Correção da magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, 1996-2005. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 629-638, 2010a.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/INCA (Brasil). *Câncer*. Rio de Janeiro, 2014a. Disponível em: <http://www2.INCA.gov.br/wps/wcm/connect/INCA/portal/home>.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/INCA (Brasil). *Estimativa 2014*. Rio de Janeiro, 2014b. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>.

International Agency for Research on Cancer. Globocan. Lyon, Who, 2012. Disponível em <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.

Mendonça, V. G. et al. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, 2008.

World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2nd. ed. Geneva, 2002.

World Health Organization. *World cancer report* 2008. Lyon, 2008.

Zeferino, L. C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 213-215, 2008.

14. Enfrentando o câncer do colo do útero

Rosana Kuschnir e *Letícia Batista da Silva*

Neste módulo, vamos detalhar as informações acerca do câncer do colo do útero: suas características clínicas, as principais estratégias de intervenção no campo da promoção, da prevenção, do tratamento e acompanhamento. Este conhecimento é essencial para a montagem de linhas de cuidado.

Vamos também utilizar os documentos de avaliação produzidos pelo INCA/ Ministério da Saúde e os estudos de avaliação publicados na literatura mais recente, que representam o processo de aprofundamento diagnóstico do planejamento e deverão servir de subsídio à identificação de possíveis nós, pontos de estrangulamento, que impediriam as ações propostas de alcançar todos os resultados esperados.

Características gerais

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Este processo de transformações progressivas pode levar de 10 a 20 anos para se caracterizar como câncer, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Portanto, é uma doença de progressão lenta e com longa fase assintomática (Silveira, 2005).

É considerado um dos tipos de câncer com maior potencial de prevenção e cura, na medida em que existem mecanismos efetivos de controle que permitem identificar as lesões antes de sua transformação em câncer e possibilitam a cura em 100% dos casos, quando diagnosticados em sua fase inicial.

Como você verá adiante, as lesões precursoras são as intraepiteliais de alto grau e o carcinoma *in situ*.

Figura 1 – Unidade volante atuando em Juiz de Fora (MG). Fundação das Pioneiras Sociais, 1974

Fonte: www.historiadocancer.coc.fiocruz.br

É raro em mulheres de até 30 anos. Sua incidência aumenta progressivamente até ter seu pico na faixa de 45 a 50 anos, e a mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida. Está associado à infecção persistente por alguns subtipos do Papilomavírus Humano (HPV), especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais.

A infecção pelo HPV é muito comum, e estima-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. No entanto, o câncer é um desfecho raro e, na maioria das vezes, a infecção é transitória e regride espontaneamente entre seis meses a dois anos após a exposição (INCA, 2014).

Num pequeno número de casos, a infecção persiste e, especialmente quando é causada por um subtipo viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras do câncer, cuja identificação e tratamento adequado possibilitam a prevenção da progressão para o câncer cervical invasivo.

Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (subtipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e sua progressão. Tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são considerados fatores de risco para o

desenvolvimento do câncer do colo do útero. A idade também interfere neste processo, já que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima desta idade a persistência é mais frequente (INCA, 2014).

Promoção e prevenção

Existe uma clara correlação entre incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e piores condições de vida, aí incluídas as dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde. A promoção, portanto, passa por ações que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde--doença, como você viu na UA III e, mais especificamente, garantam o acesso à informação e à atenção integral à saúde.

A prevenção primária está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV, e o uso de camisinha oferece proteção parcial. Atualmente, há duas vacinas aprovadas e comercialmente disponíveis no Brasil que protegem contra os subtipos 16 e 18 do HPV. Ambas são eficazes contra as lesões precursoras, principalmente se utilizadas antes do contato com o vírus, ou seja, os benefícios são mais significativos antes do inicio da vida sexual. A vacinação com esquema de três doses passou a ser realizada no SUS em março de 2014 para meninas na faixa etária de 11 a 13 anos. Esta faixa deverá ser ampliada, vacinando-se em 2015 meninas de 9 a 11 anos e, a partir de 2016, as que completem 9 anos.

No entanto, a adoção da vacinação anti-HPV não substitui o rastreamento pelo exame preventivo (Papanicolaou), mesmo para as populações vacinadas, pois a vacina não oferece proteção para 30% dos casos de câncer do colo do útero causados por outros subtipos virais oncogênicos.

Detecção precoce

Fundamental ao controle do câncer do colo do útero, as estratégias para detecção precoce são o rastreamento e o diagnóstico precoce, com seguimento/ acompanhamento e tratamento das lesões.

O Rastreamento (screening) para o câncer consiste na aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento). O rastreamento pode ser de base populacional, quando toda a população alvo de um país é buscada, ou oportunístico, quando se aproveita a procura por ações e serviços de saúde.

Tanto a incidência, como a mortalidade por câncer do colo do útero podem ser reduzidas com programas organizados de rastreamento. Como você pôde ver no site do projeto Globocan, países desenvolvidos alcançaram uma expressiva redução da morbimortalidade pela doença após a implantação de programas de rastreamento de base populacional. Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% da incidência do câncer cervical invasivo (INCA, 2014).

Diretrizes do rastreamento

Você encontrará o detalhamento das diretrizes e condutas clínicas no documento "Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do colo do útero" publicada pelo Instituto Nacional do Câncer em 2011 e disponível em www.inca.gov.br .

O rastreamento do câncer do colo do útero baseia-se na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras, que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo sua progressão.

O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento é o teste de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero). O rastreamento realizado no Brasil é de tipo oportunístico, ou seja, é realizado quando a mulher procura o serviço de saúde. De acordo com as diretrizes, deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que já tiveram atividade sexual, com repetição do exame a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano.

A maioria absoluta dos exames, em torno de 95%, não deverá apresentar alterações. Os exames alterados serão classificados de acordo com o tipo de lesão, e as condutas serão definidas em função da possibilidade de progressão para o câncer do colo do útero.

É importante compreender que o exame citopatológico é um exame de rastreio, que serve como guia para encaminhamento de casos que necessitam de investigação diagnóstica para confirmação. É o exame histológico, realizado a partir da investigação suplementar, que permite o diagnostico definitivo e define a conduta terapêutica.

O exame citopatológico realiza uma classificação inicial entre lesões de baixo e de alto grau que irá definir a conduta clínica. Para o primeiro grupo, o exame deve ser repetido em 6 meses. Para o segundo, deve ser realizado imediatamente o exame de colposcopia, por ginecologista treinado e com experiência, para aprofundamento diagnóstico e definição do tratamento.

Portanto, a realização do exame citopatológico é apenas o primeiro passo da estratégia, que não terá resultado se os casos identificados de baixo grau não forem mantidos sob vigilância, garantindo que o exame seja repetido em 6 meses, quando for o caso, e que as lesões de alto grau sejam investigadas, tratadas e acompanhadas até a alta.

A realização de coleta, envio do material ao laboratório, recebimento dos laudos e ações de acordo com o resultado – acompanhamento ou indicação de encaminhamento imediato à colposcopia – são funções da atenção primária. A coleta do material, preparação da lâmina, seu armazenamento e transporte ao laboratório devem obedecer a requisitos técnicos específicos, para que as amostras sejam consideradas satisfatórias e possam ser examinadas.

Na publicação nº 13/Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama dos Cadernos de Atenção Básica, publicado em 2013 pelo Ministério da Saúde, você poderá encontrar o detalhamento das estratégias e condutas, assim como todos os procedimentos técnicos para a coleta do Papanicolaou e a descrição detalhada de todos os recursos físicos, equipamentos e material de consumo necessários. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_utero_mama.pdf

São consideradas lesões precursoras do câncer as lesões de alto grau (assim classificadas na citologia e que correspondem a NIC II e NIC III na histologia) e o adenocarcinoma in situ (apesar do nome, é uma lesão ainda precursora). Tratá-las é a meta prioritária para a redução da incidência e mortalidade do câncer de colo uterino.

Nesses casos, assim como para as atipias de significado indeterminado não ASCUS (veja o Quadro III), o passo subsequente é a realização da colposcopia, em unidades secundárias que podem ou não formar parte de uma unidade hospitalar. Quando a colposcopia é suficiente, as diretrizes recomendam o tratamento imediato das lesões, o que é feito por um procedimento conhecido por EZT (exérese da zona de transformação), realizada através de cirurgia de alta frequência, conhecida como CAF. Essa estratégia é chamada de "Ver e Tratar", e seu objetivo é facilitar o acesso ao tratamento, diminuindo a ansiedade, as possibilidades de perdas no seguimento e os custos.

No caso em que a colposcopia é insatisfatória ou quando a lesão é mais profunda, recolhe-se o material para a biópsia, e deve ser feito o encaminhamento ao tratamento indicado – a conização, realizada preferencialmente por técnica eletrocirúrgica.

A colposcopia é considerada suficiente quando é satisfatória, com achado anormal compatível com a citologia e lesão restrita.

Para que você compreenda as questões centrais relacionadas ao rastreamento, são apresentadas, de forma simplificada, a nomenclatura do exame histológico, sua correspondência com a classificação do Papanicolaou utilizada no Brasil e as condutas prescritas em cada caso.

Quadro 3 – Correlação entre classificação utilizada pelo exame histológico e classificação utilizada pelo citopatológico no Brasil e condutas correspondentes

Classificação histopatológica Richart	Classificação Citopatológica Brasil	Conduta
-	Normal	-
-	Alterações benignas	-
-	Atipias de significado indeterminado**	ASCUS – repetição citologia em 6 meses Demais atipias – colposcopia
NIC I * NIC II NIC III	Lesão baixo grau (LSIL) Lesão de alto grau (HSIL) Lesão de alto grau (HSIL)	Repetição citologia em 6 meses Colposcopia Colposcopia
Carcinoma invasor	Adenocarcinoma in situ	Colposcopia
Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Colposcopia

*NIC I, II, III – neoplasia intraepitelial cervical graus I, II e III

Fonte: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do colo do útero (INCA, 2011).

As atipias de significado indeterminado podem ser de células escamosas, células glandulares ou de origem indefinida. No interior dos três grupos, as atipias podem ser classificadas como "possivelmente não neoplásicas" ou "não se pode afastar lesão de alto grau". Todos os casos de atipia devem ser encaminhados à colposcopia, com exceção dos de células escamosas possivelmente não neoplásicas (ASCUS), quando deve-se repetir o exame em 6 meses. Esta última é a atipia mais comumente descrita nos laudos, representando mais de 50% dos exames alterados, seguida das lesões de baixo grau, com cerca de 30%, que também devem ser acompanhadas com repetição do exame em 6 meses.

O acompanhamento e tratamento das lesões precursoras é fundamental e devem ser estabelecidas estratégias específicas para o seguimento, através dos serviços de atenção primária ou de outros próximos à residência, dependendo das características de cada território.

Tratamento

Os casos de câncer devem ser encaminhados aos serviços especializados – Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), parte de hospitais de nível terciário.

Entre os tratamentos mais comuns para o câncer do colo do útero estão a cirurgia e a radioterapia. O tipo de tratamento dependerá do estadiamento da doença (determinação da extensão da neoplasia), tamanho do tumor e fatores pessoais, como idade e desejo de preservação da fertilidade.

O UNACON é definido como um hospital que possua condições para prestar assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil, podendo prestar atendimento em: Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica, Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica.

De forma sumarizada, considerando-se as unidades que compõe a linha de cuidado, as atribuições, de acordo com o nível de atenção, seriam (Brasil,2006):

- Unidade Básica (ou atenção básica/atenção primária): citologia de rastreamento e controle citopatológico; busca ativa da população alvo para realização de exames e seguimento.
- Unidade Secundária (ou média complexidade): controle citopatológico; colposcopia; biópsia; método excisional.
- Unidade Terciária (ou alta complexidade): cirurgia (conização, histerectomia, ooforectomia etc); radioterapia; quimioterapia.

O CACON é o hospital que possui condições de prestar assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer, devendo prestar atendimento Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica, Radioterapia, Hematologia. Além desses serviços, o hospital credenciado como CACON poderá contar com serviço de Oncologia Pediátrica, de acordo avaliação de necessidade estabelecida pelo gestor do SUS.

Pensando a organização da linha de cuidado

Agora que você já conhece com mais detalhes as estratégias de intervenção para o controle do câncer do colo do útero, fica clara a necessidade de um desenho e de uma organização cuidadosa dos serviços que realizarão todas as atividades e procedimentos preconizados – que envolvem a atenção primária, as unidades secundárias e a atenção terciária – e a necessidade de definir e implementar mecanismos de coordenação entre elas. Sem coordenação, a estratégia não funciona, ainda que existam, em número suficiente, unidades bem equipadas e profissionais capacitados.

Figura 2 – Unidade volante em atuação em Jacarepaguá, Rio de Janeiro (RJ). Fundação das Pioneiras Sociais. Ano: 1974

Fonte: www.historiadocancer.coc.fiocruz.br

É importante ressaltar que a existência de normas, embora fundamental, não garante por si só que a linha de cuidado funcione, já que esta não se institui por geração espontânea. A definição das ações e o cálculo de recursos necessários, o desenho de estratégias de captação da população alvo, a capacitação dos profissionais envolvidos, a garantia de que estejam disponíveis os recursos físicos e materiais necessários para a realização de todas as ações/procedimentos com qualidade, a garantia das referências para diagnóstico/tratamento no menor tempo possível, a instituição de mecanismos de coordenação que permitam que a usuária caminhe ao longo desta linha o mais rapidamente possível e que os serviços e profissionais envolvidos se comuniquem e, finalmente, a contínua avaliação de resultados é que possibilitam que a linha funcione na prática. E estas são tarefas da gestão municipal e estadual e, em especial, da gestão de redes, em conjunto com todos os serviços envolvidos.

Como você viu na UA V, o diagnóstico é uma atividade permanente, que também permite conhecer mais de perto os problemas para a implementação de uma determinada política. No caso do câncer do colo do útero, embora as ações estejam bem definidas e tecnicamente muito bem especificadas e estudadas, uma série de estudos produzidos por diferentes pesquisadores e por comissões especificamente formadas tem mostrado as dificuldades e limitações para implementar as diretrizes propostas, que se configuram nos verdadeiros desafios a serem enfrentados e que são essenciais na orientação da ação do gestor.

Em 2010, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho multi-institucional com a missão de avaliar o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e elaborar propostas para o seu aperfeiçoamento técnico e operacional. As propostas formuladas foram consolidadas no Plano de Fortalecimento da Prevenção, Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama, lançado em março de 2011. Algumas das iniciativas propostas encontram-se em fase de desenvolvimento e implantação.

Na discussão que fazemos nesta UA, focamos na fase de detecção e diagnóstico, para que você possa conhecer a metodologia.

Mas, lembre-se! A linha de cuidado só se completa quando contempla todas as ações necessárias ao cuidado integral de todos os casos. Inclui, portanto, o tratamento cirúrgico, quimioterápico e/ou radioterápico, acompanhamento clínico e os cuidados paliativos

Vamos conhecer o diagnóstico de situação e as propostas dele derivadas, que se constituem num aprofundamento do diagnóstico de situação do câncer do colo do útero e das políticas para seu controle, tanto para o país como um todo, como para algumas regiões, estados ou municípios específicos.

Identificando os nós

Uma primeira questão a ser considerada é a dificuldade de avaliação da cobertura efetivamente realizada pelo programa de rastreamento. A principal fonte de informação é o SISCOLO, um subsistema do SIA/SUS que fornece informações acerca dos exames realizados e algumas de suas características, como você verá adiante. No entanto, como sua primeira utilização foi para o pagamento de atividades, não permite o pareamento entre os exames e as mulheres que os realizaram – não é possível saber que mulheres nunca realizaram um exame ou aquelas que o fazem com periodicidade maior ou menor que o indicado.

Para uma aproximação à cobertura, é preciso realizar estudos de base populacional, em que se busca a informação através de entrevistas com a população alvo. De acordo com diversos estudos de base populacional, a cobertura de Papanicolaou tem aumentado significativamente no Brasil, embora com mantidas diferenças regionais. Em que pesem as diferenças metodológicas e as diferentes amostras utilizadas, é consenso que, no país como um todo, ainda não se chegou aos 80% de cobertura preconizados pela OMS. Encontrou-se, também, que a periodicidade proposta pelo programa não é observada, já que boa parte das mulheres que realizaram exames o fizeram em intervalo menor que o preconizado, fato também observado na análise das informações do SISCOLO. Assim, há um grande contingente de mulheres que realizam exames mais frequentemente que o recomendado e outro que não os realiza nunca ou não na periodicidade devida (Martins; Thuler; Valente, 2005; Mendonça et al., 2008; Thuler; Bergamnn; Zangado, 2008; Zeferino, 2008).

Uma outra questão importante é que o SISCOLO dispõe apenas de informações acerca dos exames realizados no SUS. Dependendo da cobertura de saúde suplementar, uma parcela significativa das mulheres realizará seus exames em serviços privados não vinculados ao SUS, para os quais não se dispõe de informação. Este é o caso das capitais e de outras cidades de médio porte das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil (Amorim et Al., 2006; INCA, 2004; Murata; Gbrielloni; Schirmer, 2012).

Entre as propostas definidas pelo Plano lançado em 2011, está a construção de um novo sistema de informação, o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que permitisse a identificação dos usuários e acompanhamento das ações de rastreamento e seu seguimento. Ademais, articularia as informações do sistema de colo e útero e o de mama. O SISCAN encontra-se em fase de implantação. Para saber mais, acesse o site do Instituto Nacional do Câncer www.inca.gov.br

Assim, considerando os problemas de periodicidade, por um lado, e da falta de informações acerca da cobertura na saúde suplementar, por outro, as estimativas de cobertura tornam-se difíceis com base nas informações do SISCOLO.

Ainda de acordo com estudos específicos, observou-se que as mulheres não submetidas ao Papanicolaou, apresentam mais frequentemente baixo nível sócioeconômico, de escolaridade e de renda, ausência de companheiro e pertencem às faixas etárias mais jovens ou mais elevadas, acima dos 60/65 anos (Martins; Thuler; Valente, 2005; Mendonça et Al., 2008; Thuler; Bergamnn; Zangado, 2008). Estes achados estão de acordo com o rastreamento de tipo oportunístico, em que as mulheres que procuram os serviços de saúde para controle pré-natal, planejamento familiar ou queixas ginecológicas, têm mais chance de realizar o exame Papanicolaou. Ainda assim, isto nem sempre acontece, como mostra um estudo em que observa-se que nem sempre é realizado o exame durante o período de acompanhamento pré-natal (Correa et al., 2012).

A ausência de rastreamento organizado em base populacional é um dos grandes problemas unanimemente apontados no programa brasileiro. Ainda assim, os serviços de atenção primária, que trabalham (ou deveriam trabalhar) com população cadastrada, poderiam e deveriam manter o cadastro de todas as mulheres em sua área de atuação, identificando aquelas que fizeram o exame, buscando as que não o fizeram na periodicidade devida e mantendo o acompanhamento das que apresentaram qualquer tipo de alteração.

No entanto, não é o que se observa na prática, como mostram estudos realizados em diferentes regiões do país (Albuquerque, 2009; Gasperin; Boing; Kupek, 2011; Melo et al., 2012; Vale, 2010). Ao investigar as razões para tais achados, um estudo encontrou problemas corriqueiros, como falta de material para a realização do exame em toda a população alvo, o que também impossibilitava a realização de ações como mutirões fora do horário normal de funcionamento da unidade, que coincidia com o horário de trabalho de muitas

mulheres. Outro problema listado foi a sobrecarga de trabalho e de funções dos profissionais, apontando para a necessidade da gestão municipal, regional e de redes criar as condições que possibilitem as normas serem postas em prática (Melo et al., 2012).

Caberia mencionar que a realização de exames em intervalos menores que o preconizado aponta para uma questão relevante: a resistência, tanto entre as mulheres quanto entre os profissionais de saúde, à não utilização do exame anual. Ainda que os documentos elaborados pelo Ministério da Saúde e pelo INCA apresentem o embasamento técnico acerca da escolha da população alvo e da periodicidade, esta discussão está longe da prática concreta dos profissionais e cabe à gestão local/regional promover o debate, para que os protocolos propostos sejam efetivamente adotados.

Uma vez captada a população alvo, toda uma ordem de questões se coloca em relação à qualidade do exame citopatológico. Equivocadamente considerado um procedimento "simples", a coleta do material, sua preparação e transporte devem obedecer a padrões técnicos que garantam que a lâmina possa ser lida. De acordo com o SISCOLO, em 2012, em 6 estados da federação, mais de 10% dos municípios apresentavam índice de amostras insatisfatórias, acima de 5%, limite máximo considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em um caso, 50% dos municípios apresentavam amostras, insatisfatórias acima do aceitável, e em outros 2 estados, o percentual estava acima de 20% (INCA, 2013).

Um outro aspecto diz respeito à qualidade do trabalho realizado no laboratório. A literatura e a experiência de países com programas de rastreamento de base populacional apontam que a escala de produção é de fundamental importância para a qualidade da leitura das lâminas. Nesses países, que alcançaram enorme sucesso em seus programas, a implantação do rastreamento de base populacional foi acompanhada de uma política de centralização dos laboratórios. De acordo com a OPAS, um laboratório, para manutenção de padrões de qualidade, deve ter uma produção mínima de 15 mil exames/ano. No Brasil, no entanto, dos 1196 laboratórios que prestaram serviços ao SUS em 2012, apenas 12% do total apresentavam produção igual ou acima desse valor.

Em julho de 2013, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria nº 1.504, a Qualificação Nacional em Citopatologia (QualiCito) com a definição de padrões e a instituição de avaliação da qualidade do exame citopatológico dos laboratórios públicos e privados que prestam serviços ao SUS. Para saber mais, acesse www.inca.gov.br

Uma vez enviada a lâmina ao laboratório e realizada a leitura, é central que o resultado alcance a unidade que o requisitou para que o profissional possa tomar as decisões acerca dos possíveis encaminhamentos. A demora na liberação de resultados é um problema que pode surgir no processo, comprometendo o seguimento.

Para o controle do câncer do colo do útero, as ações de vigilância em saúde são centrais. Como você já sabe, a maioria absoluta das lâminas não costuma apresentar alterações. No entanto, entre as alterações encontradas, a maior parte dos achados tem como conduta recomendada a repetição do exame em 6 meses. Para isso, é central o acompanhamento e a busca ativa, no caso da mulher não comparecer no prazo previsto, possibilitando a detecção da progressão da lesão e seu tratamento.

Já para os casos em que é necessário o encaminhamento à colposcopia, é fundamental que este se dê da forma mais rápida possível para evitar perdas no seguimento. Alguns estudos de avaliação relataram dificuldades para acesso ao procedimento, a existência de longas filas de espera e/ou questões relativas à qualidade do cuidado prestado nesse nível de atenção (Bottari; Vasconcellos; Mendonça, 2008; Gomes; Lima; Kuschnir, 2012). O "estrangulamento" na oferta de procedimentos nesse nível também pode ser observado quando se analisam os dados de produção do SUS. De forma geral, a realização de exames de confirmação diagnóstica e de tratamento ambulatorial, segundo os registros do SIA/SUS, são inferiores ao que seria esperado de acordo com a taxa de detecção de lesões de alto grau na população alvo, registradas no SISCOLO.

A falta de acompanhamento das mulheres com lesão de alto grau é um dos mais importantes nós identificados na execução das ações de controle do colo do útero. De acordo com o SISCOLO, em 2011, para o Brasil como um todo, o percentual de seguimento registrado foi de 25.5%, com grandes discrepâncias entre os estados. Em apenas 4 casos, o percentual foi maior que 70%. Em 14 estados, o valor ficou abaixo da média de 25%, incluindo grandes estados das regiões sudeste e sul. Considerando a série histórica do período 2007-2011, em 16 estados houve diminuição do percentual de seguimento no período – assim como no país, que passou de 33,5% em 2007 aos 25,5% observados em 2011 (INCA, 2012b).

Para praticar

No seu ambiente virtual de aprendizagem, você encontrará o Informativo Detecção Precoce Boletim ano 3. nº 3 agosto/dezembro 2012, em que são apresentados os percentuais de seguimento no período 2007-2011 para todos os estados do país (tabela 3/página 5). Observe os valores com atenção e compare a situação de seu estado com as dos demais.

Baseado em sua experiência e/ou conhecimento, você poderia pensar em algumas hipóteses que justifiquem esses valores?

Envie o resultado de seu trabalho a seu tutor.

Por outro lado, observa-se que, a exemplo da periodicidade do exame preventivo, os profissionais mantêm muitas dúvidas com relação às condutas preconizadas, já que existem protocolos que indicam a colposcopia imediata para todas as lesões de origem não inflamatória, o que incluiria as lesões de baixo grau – as quais, de acordo com as diretrizes adotadas no programa brasileiro, devem ser reavaliadas em 6 meses, após novo exame Papanicolaou. Assim, muitas mulheres que apresentam lesões deste tipo são encaminhadas à colposcopia, como observado em estudo recente, em que 70% dos casos encaminhados eram de mulheres portadoras deste tipo de lesão (Albuquerque, 2012), gerando queixas dos especialistas acerca de encaminhamentos desnecessários (Bottari, 2008).

Desta forma, além da produção de colposcopias ser insuficiente para o tratamento das lesões de alto grau detectadas, o que indica que parte dessas mulheres não está recebendo o tratamento necessário, uma parcela dos procedimentos é realizado em mulheres que, de acordo com as diretrizes, não teriam indicação imediata.

Ainda com relação ao cuidado prestado em unidades secundárias, o tratamento das lesões de alto grau pelo CAF (cirurgia de alta frequência), permitindo o tratamento imediato das lesões após confirmação colposcópica – a estratégia de "Ver e tratar" – nem sempre é seguido. É frequente o encaminhamento de mulheres com lesões de alto grau para realização do procedimento em regime de internação. Algumas das razões para este achado são a insegurança técnica dos profissionais para realização do procedimento a nível ambulatorial e a possibilidade de pagamento diferenciado quando ocorre internação e realização de conização.

É importante ressaltar que este é um procedimento especializado que requer que requer do ginecologista experiência e treinamento para realizá-lo. Uma questão apontada em trabalho recente é que não existem critérios ou exigência de requisitos necessários para credenciamento/habilitação de unidade de referência para esse tipo de cuidado, ignorando-se os critérios de escala, que permitiriam concentrar recursos humanos qualificados e garantia de equipamentos e material. Os equipamentos em questão possuem um número considerável de acessórios e insumos agregados, que devem ser considerados pela gestão pertinente para que o serviço possa funcionar. Não é raro que se encontrem bisturis elétricos (para uso de ginecologia) subutilizados ou sem uso. Entre vários motivos ligados a problemas de gestão, a falta de eletrodos é um dos principais (Gomes, 2012).

Eletrodos são acessórios sem os quais não é possível operar o bisturi elétrico e são classificados como material de consumo.

O Ministério da Saúde e o INCA propuseram, e forma parte do Plano de Fortalecimento das Ações, a criação de um Centro de Qualificação de Ginecologistas em cada estado, que se constituiria em oferta de atenção secundária, ao mesmo tempo em que realizaria o treinamento de ginecologistas para atuarem nas unidades secundárias. Esta proposta, no entanto, ainda não foi adotada pela maioria dos estados.

Evidentemente, pelas questões relacionadas à expertise na realização do exame e à necessidade de centralizar a oferta, as unidades secundárias deveriam obedecer a critérios de escala, e uma unidade deveria servir a bases populacionais maiores, muitas vezes compostas de um grande número de municípios, através da organização da rede de atenção.

Como resultado desta série de nós identificados, observa-se que mais da metade das mulheres são diagnosticadas com câncer do colo do útero em fase avançada, em que o tratamento é mais agressivo e diminuem as possibilidades de cura (Thuler, 2012; Mascarello, 2012). Em geral, são mulheres relativamente jovens, com filhos, que passam por enorme sofrimento, junto com suas famílias.

Atividade do Módulo 14

Trabalhando com o SISCOLO

No SISCOLO, você encontrará uma série de informações sobre os exames realizados em seu município, em sua região ou em seu estado. Conheça a seguir alguns dos indicadores construídos a partir das informações disponíveis e procure responder às questões sobre cada um deles. Os dois primeiros fazem parte dos indicadores do Pacto pela Saúde e dos indicadores de transição para o COAP.

1. Razão de exames citopatológicos do colo do útero

É a razão entre os exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária. Calcula-se utilizando como denominador 1/3 da população total, na medida em que a periodicidade, de acordo com as normas, deve ser trienal. Embora sirva de guia para uma aproximação à cobertura, você já sabe que este indicador apresenta algumas questões para sua interpretação. Quais são elas?

Para o Brasil como um todo, a meta estabelecida para este indicador em 2010 foi 0,60, e a alcançada foi de 0,20. Em 2011, a meta foi estabelecida em 0,66, e a alcançada foi 0,23. Para 2012, a meta foi estabelecida em 0,75. Comente estes resultados e as metas estabelecidas.

2. Percentual de seguimento de lesões de alto grau do colo do útero

É calculado como o percentual de seguimento/tratamento informado de lesões de alto grau sobre o total de mulheres diagnosticadas com esse tipo de lesão. A meta estabelecida para o país é de 100%, e a alcançada foi de 25,5% em 2011. Qual a importância deste indicador para a análise das ações de controle do câncer de útero?

Atividade do Módulo 14 (Continuação)

3. Percentual de amostras insatisfatórias

É calculado como o percentual de amostras consideradas insatisfatórias sobre o total de amostras colhidas (amostras insatisfatórias/total de amostras). O sistema permite identificar o tipo de causa do problema, se ligado à coleta, à preparação da lâmina ou à sua leitura.
Qual a importância desta informação?

Na Biblioteca do Curso, você encontrará o Informativo Detecção Precoce Boletim ano 3. nº 3 agosto/dezembro 2012, em que são apresentas as séries históricas de acompanhamento desses e de outros indicadores relativos às ações de controle do câncer do colo do útero e de mama. Leia com atenção o segmento relativo ao colo do útero – ítem A/1 a 5. Observe o comparativo entre os estados e regiões do país, analise com atenção.

Envie o resultado de seu trabalho a seu tutor.

Referências

Albuquerque, K. M. et al. Cobertura do teste Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do colo do útero em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. S301-S309, 2009. Suplemento 2.

Albuquerque, Z. B. P. et al. Mulheres com atipias, lesões precursoras e invasivas do colo do útero: condutas segundo as recomendações do Ministério da Saúde. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 248-253, 2012.

Amorim, V. S. M. L. et al. Fatores associados à não realização do exame Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2329-38, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Brasília, DF, 2006. (*Cadernos de atenção básica*, 13).

Bottari, C.M.S.; Vasconcellos, M.M.; Mendonça, M. H. M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S111-S122, 2008. Suplemento 1.

Correa, M. S. et al. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2257-2266, 2012.

Gasperin, S.I.; Boing, A.F.; Kupek, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer do colo do útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1312-1322, 2011.

Gomes, F.M.P.; Lima, L.D.; Kuschnir, R.C. A interface do cuidado do câncer do colo do útero no complexo econômico-industrial da saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 58, n. 3, p. 379-388, 2012.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/INCA (Brasil). *Inquérito domiciliar sobre o comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal*, 2202-2003. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito>.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/INCA (Brasil). *Câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www2.INCA.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_utero/definicao>.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/INCA (Brasil). *Informativo Detecção Precoce*, Rio de Janeiro, ano 3, n. 3, dez. 2012.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/INCA (Brasil). *Informativo Detecção Precoce*, Rio de Janeiro, ano 4, n. 2, maio/ago. 2013 .

Martins, L. F. L.; Thuler, L. C. S.; Valente, J. G. Cobertura de exame Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 485-492, 2005.

Mascarello, K.C. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer e de colo de útero associado ao estadiamento inicial. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 417-426, 2012.

Melo, M. C. S. C. et al. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção primária. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 389-398, 2012.

Mendonça, V. G. et al. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, 2008.

Murata, I.M.H.; Gabrielloni, M.C.; Schirmer, J. Cobertura do Papanicolaou em mulheres de 25 a 59 anos de Maringá–PR, Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 409-415, 2012.

Silveira, L. A.(Org.). *Câncer ginecológico: diagnóstico e tratamento*. Florianópolis: Ed. EFSC, 2005.

Thuler, L.C.S.; Bergmann, A.; Casado, L. Perfil das pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de base secundária. *Revista Brasileira de Cancerologia* v. 58, n. 3, p.351-357, 2012.

Vale, D.B.A.P.; Morais S.S.; Pimenta, A.L.; Zeferino, L.C. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia de Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 26(2): 383-390, 2010.

Zeferino, L. C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 213-215, 2008.

15. Enfrentando o câncer de mama

Rosana Kuschnir e *Letícia Batista da Silva*

Neste módulo, vamos detalhar as informações acerca do câncer de mama: suas características clínicas e as principais estratégias de intervenção no campo da promoção, da prevenção, do tratamento e acompanhamento.

Como fizemos para o câncer do colo do útero, vamos também utilizar os documentos de avaliação produzidos pelo INCA/Ministério da Saúde e os estudos publicados na literatura mais recente, que deverão servir de subsídio à identificação de possíveis nós, pontos de estrangulamento, que impediriam as ações propostas de alcançar todos os resultados esperados.

Características gerais

O câncer de mama, na realidade, é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos, tanto quanto às manifestações clínicas, quanto à resposta ao tratamento.

O sintoma mais comum é o aparecimento de nódulo palpável. Outros sinais podem ser alterações da pele ou do mamilo. No entanto, desde o início da formação do câncer até a fase em que pode ser descoberto pelo exame físico, a partir de 1 cm, passam-se em média 10 anos, e estima-se que o tumor duplique de tamanho a cada 3-4 meses. Em geral, os sinais e sintomas do câncer de mama são tardios e observados somente em pacientes com a doença em estádios mais avançados, quando os nódulos já são palpáveis (Rezende, 2008).

No entanto, se detectado precocemente e tratado de imediato, é um tumor de relativamente bom prognóstico e, em boa parte dos casos, é possível evitar a progressão e o desenvolvimento de metástases, comumente para ossos, pulmões e fígado.

O câncer de mama é raro antes dos 35 anos, mas, a partir desta idade, a incidência tende a crescer progressivamente. Os principais fatores de risco estão ligados à idade, a aspectos endócrinos – duração da idade fértil, gestações, terapia de reposição hormonal – e genéticos. Neste último caso, mulheres com história familiar de parentes de primeiro grau – mãe, irmã, filha – com diagnóstico de câncer de mama antes dos 50 anos; câncer bilateral de mama ou de ovário, em qualquer idade, constituem-se em grupo populacional de risco. O câncer de mama relacionado à predisposição genética corresponde a cerca de 5-10% do total de casos (INCA, 2014).

Outros fatores de risco incluem a ingestão regular de bebida alcoólica, a obesidade, principalmente quando o aumento de peso se dá após a menopausa, e o sedentarismo. A prática de atividade física e o aleitamento materno exclusivo são considerados fatores protetores (INCA, 2014).

Promoção e prevenção

Para o controle do câncer de mama, destaca-se a importância de ações intersetoriais que promovam acesso à informação e ampliem as oportunidades para controle do peso corporal e a prática regular de atividade física. O amplo acesso a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis.

A prevenção primária do câncer de mama está relacionada ao controle dos fatores de risco reconhecidos. Os fatores hereditários e os associados ao ciclo reprodutivo da mulher não são, em princípio, passíveis de mudança, mas, fatores relacionados ao estilo de vida, como obesidade pós-menopausa, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e terapia de reposição hormonal, são modificáveis. Estima-se que por meio da alimentação, nutrição e atividade física é possível reduzir-se em até 28% o risco de a mulher desenvolver câncer de mama (INCA, 2011).

Detecção precoce

Uma primeira estratégia para a detecção do câncer de mama é a conscientização da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama. A orientação é que a mulher realize a autopalpação das mamas, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. É necessário que a mulher seja estimulada a procurar esclarecimento médico sempre que houver dúvida em relação aos achados, e que as unidades de saúde estejam preparadas e adequadas para acolher, informar e realizar os exames diagnósticos pertinentes, em resposta a esta demanda estimulada.

Diretrizes do rastreamento

A outra estratégia central é o rastreamento que, como você já viu, é direcionado às mulheres assintomáticas. No caso brasileiro, recomenda-se o rastreamento através do exame clínico anual da mama para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade e o rastreamento através de mamografia e exame clínico em mulheres com idade entre 50 e 69 anos.

O rastreamento consiste em identificar o câncer em seus estágios iniciais em populações assintomáticas e, com isso, possibilitar a mudança de prognóstico.

Para as mulheres do grupo de risco relacionado à história familiar, recomenda-se exame clínico e mamografia anual a partir dos 35 anos.

O exame clínico da mama – procedimento que requer treinamento e experiência – é parte fundamental da estratégia de controle do câncer e deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico para todas as faixas etárias, constituindo-se na base para a solicitação de exames complementares.

Quando encontradas anormalidades no exame clínico, deve ser realizada investigação para avaliação das lesões palpáveis. Para mulheres com menos de 35 anos, recomenda-se a ultrassonografia, e, para as com mais de 35 anos, o método recomendado é a mamografia, que pode também ser complementada pela ultrassonografia.

No caso dos exames de imagem apontarem lesões suspeitas, deve-se realizar o quanto antes a investigação diagnóstica. Esta é feita através de exame anatomopatológico da lesão, que pode ser citológico, através de punção aspirativa por agulha fina (PAAF), que identifica a presença ou não de malignidade e seu padrão, ou histopatológico, que contém todos os elementos necessários para avaliação prognóstica e orientação do tratamento, incluindo o estudo de imuno-histoquímica para a avaliação de marcadores.

Os marcadores têm função de avaliação prognóstica e terapêutica, orientando sobre o benefício da utilização de hormonioterapia, uma das modalidades de tratamento. Para o exame histopatológico, o material é obtido através de punção por agulha grossa (PAG) ou de biópsia cirúrgica convencional.

A PAAF é um procedimento ambulatorial, considerado de baixo custo, de fácil execução, que dispensa o uso de anestesia e que raramente apresenta complicações. No caso do exame citológico assim realizado indicar presença de neoplasia, deve ser complementado pelo histopatológico. A PAG é também um procedimento ambulatorial, realizado com anestesia local, que permite a coleta de material para o exame histopatológico.

Através desses procedimentos, realiza-se diagnóstico prévio à intervenção cirúrgica, o que reduz o estresse da mulher, permite o planejamento da intervenção e apresenta custos menores que a biópsia convencional, realizada em centro cirúrgico. De acordo com as características do tumor e seu estadiamento, é definido o tratamento, cujas principais características você verá adiante.

O rastreamento por mamografia é proposto para mulheres entre 50 e 69 anos e realizado a cada 2 anos. Esta é também a recomendação adotada na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado e baseia-se na evidência do benefício dessa estratégia na redução da mortalidade neste grupo. Para as mulheres de 40 a 49 anos, como você viu, a recomendação é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica, em caso de resultado alterado do exame clínico. Segundo a OMS, a inclusão desse grupo no rastreamento mamográfico tem hoje limitada evidência de redução da mortalidade. Uma das razões é a menor sensibilidade da mamografia em mulheres na pré-menopausa, devido à maior densidade mamária (INCA, 2014).

Como você já sabe, o rastreamento pode ser oportunístico ou de base populacional (ou organizado). No primeiro caso, o exame de rastreio é ofertado às mulheres que chegam às unidades de saúde, enquanto

o modelo organizado é dirigido às mulheres elegíveis de uma dada população, que são formalmente convidadas para os exames periódicos. A experiência internacional tem demonstrado que o segundo modelo apresenta melhores resultados e menores custos, e em países que implantaram programas efetivos, com cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado, a mortalidade por câncer de mama vem diminuindo. Para países desenvolvidos, estudos estimaram que a realização da mamografia a cada dois anos, garantindo cobertura de pelo menos 70% da população feminina entre 50 e 69 anos, pode reduzir a mortalidade entre 20 e 30% (IARC, 2012).

As evidências do impacto do rastreamento na mortalidade justificam sua adoção como política de saúde pública, tal como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Na medida em que as ações de rastreamento forem expandidas na população-alvo, espera-se que a apresentação da doença seja cada vez mais por imagem e menos por sintoma, ampliando-se as possibilidades de intervenção conservadora e prognóstico favorável. Um estudo publicado em 2011, na Espanha, mostrou que a introdução do rastreamento organizado em meados da década de 90, que atingiu 100% da população alvo em 2002, teve impacto principalmente entre as mulheres de menor nível educacional, diminuindo as diferenças no acesso e utilização de serviços, em direção da equidade (Espinas et al., 2011).

Apenas no município de Curitiba há o desenvolvimento de rastreamento de base populacional, em parceria com o INCA, projeto que você pode conhecer ao acessar o site do Instituto em www.inca.gov.br.

No Brasil, contudo, da mesma forma que para o câncer do colo do útero, o rastreamento é realizado em quase sua totalidade de forma oportunística.

Tanto para os nódulos palpáveis, como para os casos de rastreamento por imagem, é a partir da mamografia, complementada ou não pela ultrassonografia, que será realizada a investigação para o diagnóstico das lesões mamárias.

Você poderá encontrar todos os detalhes das condutas preconizadas para o controle do câncer de mama no Documento de Consenso 2004, disponível em www.inca.gov.br.

Em geral, são identificados três padrões de lesões: alterações benignas, lesões malignas *in situ* e lesões malignas invasivas.

As lesões benignas estão associadas com um risco variável de câncer de mama, dependendo do tipo, assim como as lesões *in situ* também variam em relação ao risco de evolução para o câncer de mama invasivo. Ambas devem ser tratadas e acompanhadas. Portanto, a estratégia do rastreamento não se restringe à oferta da mamografia, mas à garantia de tratamento e acompanhamento, não apenas dos casos de câncer detectados, mas também dos casos em que são encontradas outras alterações (Silva, 2012).

Os resultados do exame mamográfico são classificados de acordo com o sistema BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) publicado pelo Colégio Americano de Radiologia e recomendado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia. Este sistema utiliza categorias de 0 a 6 na descrição dos achados e prevê recomendações de conduta para cada categoria. O tipo de procedimento de investigação diagnóstica complementar dependerá do tipo de lesão encontrada nos achados clínicos e/ou radiológicos.

É importante ressaltar que, embora o indicador básico para avaliação do impacto das ações de controle do câncer de mama seja a redução da taxa de mortalidade, este é um resultado de médio e longo prazos, podendo levar, no mínimo, de 5 a 8 anos para que possa ser sentido. Assim, indicadores de desempenho podem e devem ser usados para monitoramento dos programas de rastreamento em seus estágios iniciais, como a avaliação da cobertura da população alvo, taxas de detecção de câncer e taxas de detecção de câncer avançado, entre outros (Silva, 2012).

Como você pode observar no Quadro 4, há procedimentos de seguimento a serem realizados para as categorias 3, 4 e 5. No primeiro caso, o acompanhamento deve ser semestral, e nas categorias 4 e 5 deve ser realizada a biópsia para o estudo histopatológico, que pode ser realizado por meio de PAG ou biópsia convencional.

Em todas as circunstâncias de achados dos tipos listados, é fundamental o acesso à avaliação e ao acompanhamento em unidades secundárias e/ou de alta complexidade. Uma vez detectada a lesão, seja por meio do exame clínico da mama, seja pelo rastreamento radiológico, a garantia de rápida avaliação e instituição do tratamento adequado definem o prognóstico do caso e fazem a diferença entre uma possível cura ou a progressão para a doença com invasão à distância. Como se discutirá adiante, atrasos em quaisquer das fases deste processo têm consequências sobre a vida de milhares de mulheres e suas famílias.

Com base nas estimativas populacionais dos tipos de lesão e nas condutas preconizadas, o INCA publicou em 2009 os "Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama. Recomendações para Gestores Estaduais e Municipais", que você pode acessar em http://www.inca.gov.br/INCA/Arquivos/publicacoes/Parametrostexto.pdf. Você os utilizará para a realização de exercício ao final desta UA.

Tratamento

As características do tumor e seu estadiamento, ou seja, a avaliação da extensão do processo, definem o tratamento. É importante ressaltar que, além do exame citológico inicial, que identifica a presença de malignidade, o diagnóstico é fechado através do estudo histopatológico, com os resultados dos marcadores avaliados por imunohistoquímica, que definem o manejo clínico e as opções terapêuticas, como a utilização de hormonioterapia.

As modalidades de tratamento para o câncer de mama são: a cirurgia, que pode ser conservadora, quando se realiza a ressecção de um segmento da mama, ou não conservadora (mastectomia); a radioterapia; a quimioterapia e a hormonioterapia. O seguimento da paciente com câncer de mama é realizado de forma semestral durante os primeiros 5 anos e anualmente a partir desse período.

De forma sumarizada, considerando-se as unidades que compõem a linha de cuidado, as atribuições, de acordo com o nível de atenção, seriam:

- Unidade Básica (ou atenção básica/atenção primária: educação e conscientização; realização do exame clínico da mama; busca ativa da população alvo para realização de exames e seguimento.
- Unidade Secundária (ou média complexidade): investigação diagnóstica de casos suspeitos: mamografia; punção por agulha fina (PAAF); punção/biópsia por agulha grossa (PAG); tratamento de lesões benignas.
- Unidade Terciária (ou alta complexidade): cirurgia; radioterapia; quimioterapia; acompanhamento/seguimento.

Para que você compreenda a base para a organização da linha de cuidado do controle do câncer de mama, são apresentadas sumariamente as condutas preconizadas para cada grupo de resultados.

Quadro 4 – Condutas preconizadas para o controle do câncer de mama

Categoria Bi-Radis	Interpretação	Risco Câncer	Recomendação
0	Inconclusivo.	-	Avaliação adicional. Encaminhamento à Unidade Secundária.
1	Benigno.	0,05%	Acompanhamento de rotina.
2	Benigno: não há evidência mamográfica de malignidade, mas o achado benigno é descrito no laudo do exame.	0,05%	Acompanhamento de rotina e encaminhamento à unidade de referência para avaliação.
3	Provavelmente benigno.	Até 2%	Seguimento em unidade secundária: duas mamografias de controle com intervalo semestral seguidas de dois controles mamográficos com intervalo anual.
4	Provavelmente suspeito.	> 20%	Encaminhamento à unidade secundária: realização de estudo histopatológico, que pode ser realizado por PAG ou biópsia cirúrgica.
5	Provavelmente maligno.	> 75%	Encaminhamento à unidade de alta complexidade: realização de estudo histopatológico, que pode ser realizado por PAG ou biópsia cirúrgica.
6	Lesão já biopsiada e diagnosticada como maligna, mas não retirada ou tratada.	100%	Encaminhamento à Unidade de alta complexidade para tratamento.

Pensando a organização da linha de cuidado

A exemplo do câncer do colo do útero, na discussão realizada nesta UA, o foco é dado à fase de detecção e diagnóstico.

Mas, você já sabe! A linha de cuidado só se completa quando contempla todas as ações necessárias ao cuidado integral de todos os casos. Inclui o tratamento cirúrgico, quimioterápico, radioterápico, acompanhamento clínico e os cuidados paliativos.

Da mesma forma que foi discutido para o câncer do colo do útero, vamos apresentar os estudos realizados pelo Instituto Nacional do Câncer e aqueles publicados na literatura brasileira mais recente que tiveram por objeto a avaliação da implementação dos programas de controle do câncer de mama.

Seus achados serão utilizados como aprofundamento do diagnóstico, de forma a permitir identificar os nós que possam limitar o alcance das estratégias de intervenção propostas.

Identificando os nós

A exemplo do câncer do colo do útero, uma primeira grande limitação das ações para controle do câncer de mama é a inexistência do rastreamento de base populacional, já que os cânceres identificados em mulheres assintomáticas são propensos a serem de tamanhos menores e a estarem em estádios iniciais. Assim, é difícil estimar a cobertura da população alvo, o que pode ser feito apenas por estudos de base populacional.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Domicílios (PNAD), realizada em 2008, 54,2% das mulheres entre 50 e 69 anos realizaram mamografia nos últimos 2 anos no Brasil. Os percentuais são menores nas Regiões Norte (35,3%) e Nordeste (38,8%), e mais altos nas regiões Sudeste e Sul, 63,8 e 55,1% respectivamente (INCA, 2012).

Além do percentual de mulheres que não realizaram o exame na faixa etária e periodicidade recomendadas ser alto, a mesma pesquisa identificou que 25% das mulheres brasileiras com 40 anos e mais nunca haviam realizado o exame clínico de mamas até a data da entrevista, apontando a falta de acesso ao cuidado da saúde da mulher (INCA, 2012).

No SUS, a oferta de exames mamográficos tem-se ampliado. No entanto, aproximadamente 42% dos quase 3 milhões de exames realizados em 2011 foram feitos em mulheres com menos de 50 anos de idade, portanto, abaixo da faixa etária preconizada. A exemplo de algumas condutas recomendadas para o câncer do colo do útero, a definição da faixa etária a ser coberta pelo rastreamento mamográfico é também alvo de debate, exemplificando mais uma vez a distância entre os protocolos e a prática clínica cotidiana.

Neste caso, a divergência é reforçada pela Lei nº 11.664 de 29/04/1998, que assegura a realização de mamografias no SUS a todas as mulheres a partir de 40 anos de idade. De acordo com o INCA, no entanto, na faixa 40-49 anos, esta deve ser indicada apenas em caráter diagnóstico e não de rastreamento (INCA, 2008).

Os dados de produção de exames no SUS são obtidos através do SISMAMA, que a exemplo do SISCOLO é um subsistema do SIA/SUS, mas de introdução mais recente em 2009. O SISMAMA coleta informações sobre as mamografias realizados no país, permitindo a construção de uma série de indicadores, como você verá adiante. Compartilha alguns dos problemas do SISCOLO, que você já conhece, e que se propõem a ser solucionados pelo SISCAN, em implantação.

A instituição do rastreamento de base populacional aumenta o acesso, especialmente para as camadas mais pobres da população, diminuindo a desigualdade no acesso e utilização de serviços. No entanto, para sua implantação, uma série de requisitos deve ser preenchida, assegurando não apenas a disponibilidade dos serviços para investigação diagnóstica e tratamento, como também a qualificação desses serviços (Silva, 2012b).

Assim, ainda que a ampliação da oferta de exames de mamografia seja um importante componente de um programa de controle do câncer de mama, sem uma concepção sistêmica acerca das estratégias de intervenção, garantindo rápido tratamento às lesões detectadas e acompanhamento dos casos em que a vigilância se faça necessária, não é possível alcançar os objetivos – como já foi visto para o câncer do colo do útero.

E mesmo no âmbito restrito do aumento da oferta de exames, é central destacar que a simples existência de um mamógrafo não configura oferta real de serviços, na medida em que trata-se de um procedimento que requer condições controladas de funcionamento, manutenção rigorosa do equipamento, garantia de insumos e expertise para a leitura das imagens.

O parâmetro proposto pelo INCA, parte dos "Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama", é de um aparelho por 240 mil habitantes, evidentemente desde que cumprida a produção potencial de cada máquina.

Os mamógrafos foram introduzidos no Brasil na década de 70, em um serviço em São Paulo e em outro no Rio de Janeiro, o das Pioneiras Sociais, que realizava cerca de 250 exames diariamente (Porto, Teixeira, Silva, 2013). Desde então, o número de equipamentos tem aumentado, mas suas condições de operação não possibilitam oferta que dê conta das necessidades.

Em levantamento realizado pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) em 2011, foi avaliada a situação dos 1.514 mamógrafos que realizavam exames para o SUS. Ainda que o número de máquinas pudesse em teoria ser mais que suficiente para a cobertura da população alvo do programa, a distribuição geográfica desigual e, principalmente, sua baixa produtividade e subutilização foram identificadas como empecilhos ao aumento da oferta de exames. Do total de máquinas, 15% estavam sem uso, sendo que 27 encontravam-se ainda na embalagem e 85 com defeito. Em parte significativa dos casos, os equipamentos em funcionamento apresentavam problemas, como ausência de manutenção, deficiência de recursos humanos e falta de insumos.

Além de questões relativas à oferta e acesso ao exame mamográfico, a preocupação com a qualidade também deve ser central. Por ser um equipamento que emite radiação ionizante, são necessárias medidas para proteção, tanto das usuárias, como dos profissionais que trabalham com as máquinas.

A par da proteção radiológica, é preciso realizar regularmente um conjunto de testes – que variam em sua periodicidade de diários a anuais – para garantir a qualidade da imagem produzida. Há uma legislação específica no Brasil, instituída em 1998, que busca garantir a qualidade da mamografia. Ademais, de acordo com portaria específica (453/98 da SVS/MS) todos os serviços de mamografia no país seriam obrigados a implantar ações de controle de qualidade (INCA, 2012).

Em estudo realizado em uma unidade hospitalar de referência no Rio de Janeiro, por exemplo, observou-se que 73% dos exames provenientes dos serviços de saúde anteriormente consultados pelas pacientes e apresentados no setor de triagem demonstravam má qualidade técnica e tiveram que ser repetidos em curto espaço de tempo (Porto, Teixeira, Silva, 2013).

No entanto, além de não serem adotadas em todas as unidades, essas ações, ainda que possam garantir a qualidade da dose e a imagem produzida pelo equipamento, não garantem a qualidade da imagem clínica e sua interpretação, que dependem dos profissionais envolvidos. Esta, aliás, é uma das questões centrais na implantação de qualquer linha de cuidado: a expertise dos recursos humanos, função da capacitação e da experiência, que se relaciona com o volume da produção, indicando a necessidade de concentração de serviços em unidades maiores, destinadas a territórios mais amplos.

Uma alternativa, quando isto não for possível, é o uso da telemedicina, com transmissão de imagens para a consulta com profissionais localizados em outros centros e auxílio em sua interpretação. A necessidade de técnicos especializados e competentes para a produção das imagens, entretanto, permanece.

Em março de 2012, foi instituído pelo Ministério da Saúde (portaria 531 do GM/MS), o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), com participação da ANVISA, do INCA, do CBR (Colégio Brasileiro de Radiologia) e da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Seu objetivo é garantir a qualidade da dose, da imagem e da interpretação radiológica das mamografias realizadas em todos os serviços do país. A qualificação, quando obtida, deve ser exibida em local visível para as usuárias do serviço.

Uma vez realizado o exame, outra série de questões diz respeito à garantia da confirmação diagnóstica e encaminhamento ao tratamento no menor tempo possível. Há consenso de que um dos principais determinantes do diagnóstico inicial de câncer já em estádio avançado é o atraso para investigação de lesões mamárias suspeitas, comprometendo de maneira importante o prognóstico das pacientes. Em ordem de importância clínica, foram destacados: o tempo entre a mamografia e a biópsia; o resultado da biópsia e a cirurgia; o resultado do exame histopatológico e o início do tratamento (Rezende et al., 2008).

Diversos estudos em diferentes sistemas têm sido realizados para análise de atrasos e seus motivos. Estudos realizados desde o final da década de 90 mostraram que atrasos maiores que três meses entre os primeiros sinais e sintomas e o início do tratamento e atrasos maiores que seis meses em mulheres assintomáticas impactam negativamente na sobrevida (INCA, 2012).

Os atrasos podem estar relacionados a fatores relativos às mulheres, como crenças, valores ou medos relacionados ao tratamento, ou a questões relativas ao acesso aos serviços de saúde. O primeiro grupo responde por parte menor dos atrasos, estimada em 25% num estudo americano. Já autores brasileiros, ao analisarem a situação do câncer de mama no país, afirmam que a falta de acesso é uma das mais importantes causas de progressão da doença, e a mortalidade por câncer de mama tem sido atribuída sobretudo ao retardamento do diagnóstico e do início da terapêutica adequada (Rezende et al., 2008).

Em estudo realizado com mulheres encaminhadas a um hospital público especializado no estado do Rio de Janeiro, o nódulo foi a alteração mais frequente identificada, e apenas 25% das mulheres haviam tido suas lesões identificadas por mamografia. O intervalo entre a realização da mamografia e o diagnóstico foi maior que 6,5 meses em metade das mulheres, e 65% não tinham confirmação histopatológica quando chegaram ao serviço especializado (Rezende et al., 2008). Estes resultados corroboram outros estudos que afirmam que os maiores atrasos identificados em serviços públicos ocorreram entre a mamografia e a biópsia da lesão suspeita (Trufelli et al., 2008).

Outra série de estudos, utilizando a metodologia de análise dos itinerários terapêuticos percorridos pelas mulheres com câncer de mama, apresenta muitos relatos de experiências em busca de diagnóstico e tratamento e as grandes dificuldades que a maioria enfrenta até que a terapia seja iniciada (Almeida, 2009; Conill; Pires, 2007; Rezende, 2010; Skaba, 2003). É uma leitura fortemente recomendada, na medida em que humaniza o que nos acostumamos a encarar como simples estatísticas.

Como seria de se esperar, atrasos desse tipo são menos observados em mulheres tratadas nos serviços especializados, especialmente se o diagnóstico foi feito na própria unidade hospitalar (INCA, 2012), evidenciando o gargalo no acesso aos serviços oncológicos e demonstrando, como mencionado na UA II, que apenas a adoção de "mecanismos de regulação" está longe de resolver o problema de acesso.

Uma outra questão importante, como você viu no Módulo 13, é que a Lei aprovada em junho de 2012, que estabelece prazo máximo de 60 dias, contados do diagnóstico, para início do tratamento antineoplásico no SUS, não toca a questão do prazo para que este diagnóstico seja estabelecido, contado a partir do primeiro contato com o sistema de saúde, em qualquer nível em que este se dê.

As dificuldades observadas para a realização do rastreamento e fechamento do diagnóstico levam a que, a exemplo do câncer do colo do útero, a maior parte dos casos de câncer de mama diagnosticados no SUS o seja em estádios avançados, levando a mais cirurgias não conservadoras e tratamentos agressivos, com pior prognóstico, menor sobrevida e maior sofrimento para as mulheres e suas famílias (Barreto; Mendes; Thuler, 2011; Rezende, 2008; Thuler; Mendonça, 2005).

Além da necessidade de realização dos estudos anatomopatológicos no menor tempo possível, sua acurácia é fundamental para estimar o prognóstico do câncer de mama e a prescrição da terapia, de modo a diminuir o risco de recorrência e morte. Estudo publicado em 2011, com mais de 140 laboratórios em diversas regiões do Brasil, mostrou que para alguns dos exames necessários, o grau de concordância com um laboratório de referência era aceitável, enquanto para outros exames, em especial a imuno-histoquímica, a concordância estava em 30% (INCA, 2012). Isto, mais uma vez, chama a atenção para a qualidade dos laboratórios de anatomopatologia que trabalham para o SUS, dos quais depende o sucesso das ações de controle do câncer.

Em especial, os exames de imuno-histoquímica, que devem ser utilizados para avaliação do benefício do tratamento hormonal – que, estima-se possam ser utilizados em 60 a 70% dos carcinomas invasivos –,ainda têm problemas de oferta e acurácia. Resultados incorretos podem acarretar tratamentos desnecessários ou impedir que mulheres se beneficiem do tratamento hormonal.

Estes exames, pelas características dos insumos e dos profissionais envolvidos, devem ser necessariamente centralizados, e a disseminação da oferta, a validação e padronização de técnicas e a participação em programas externos de controle de qualidade são essenciais para a garantia da qualidade (INCA, 2012).

Uma vez realizado o diagnóstico, há algumas modalidades de tratamento possíveis, além do procedimento cirúrgico, dependendo do caso clínico. Mais uma vez, atrasos na instituição das terapias impactam no prognóstico.

A quimioterapia, quando indicada, deve ser instituída em, no máximo, 8 a 12 semanas. Estudo realizado no Canadá mostrou que atrasos superiores a três meses aumentaram o risco de recorrência e diminuíram a sobrevida, enquanto outros demonstraram melhores resultados quanto mais prontamente se deu o início da quimioterapia.

Estudos brasileiros de análise de atrasos nos processos de diagnóstico e tratamento do câncer de mama ainda são escassos, mas alguns têm mostrado atrasos para o início da quimioterapia e, especialmente, da radioterapia, para uma parcela significativa de pacientes e, dependendo da localização geográfica e dos serviços envolvidos, para a maioria deles. Uma auditoria realizada em 2010 pelo Tribunal de Contas da União revelou que 60,5% das pacientes foram diagnosticadas em estadiamentos avançados e que o tempo médio para o início do tratamento foi superior a 70 dias (TCU, 2011; INCA, 2012).

É importante ressaltar que para a avaliação de atrasos, que em última análise representa a avaliação do funcionamento da própria linha de cuidado, deve ser considerado o processo em toda a sua extensão. Em estudo realizado em um município de grande porte na Região Sudeste, por exemplo, embora o tempo decorrido entre o diagnóstico anatomopatológico e o tratamento quimioterápico tenha sido de 35 dias, quando considerado o intervalo entre a mamografia e o início da quimioterapia, este ultrapassou seis meses (Trufelli t al., 2008).

Considerando o déficit existente de serviços de radioterapia, foi instituído em 2012 o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (Brasil. Portaria nº 931/2012), com a meta de criação de 32 novos serviços de radioterapia em hospitais já habilitados como Unacon e a ampliação de 48 serviços de radioterapia em Unacon/Cacon.

Atrasos na instituição do tratamento apontam problemas no acesso aos serviços de alta complexidade. A avaliação desta oferta – sua suficiência, da existência de filas de espera e sua duração – necessariamente faz parte do diagnóstico e da metodologia para implementação de linhas de cuidado e de redes de atenção.

Uma última questão, com relação às modalidades de tratamento, diz respeito à hormonioterapia que, de acordo com as diretrizes do INCA, deve ser garantida a todas as mulheres que possam ser beneficiadas por sua utilização. O possível benefício é avaliado por um tipo específico de estudo – o imuno-histoquímico. Da mesma forma que as demais terapias, a hormonioterapia deve ser introduzida o mais precocemente possível e o início de sua instituição não deve ultrapassar 2 meses.

O detalhamento de todas as indicações acerca do controle do câncer de mama, você pode encontrar no documento Recomendações para Redução da Mortalidade por Câncer de Mama no Brasil, Balanço 2012, disponível em www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=122241.

Com relação à organização do cuidado em câncer e, em especial, ao câncer de mama, o emprego da equipe multidisciplinar, que inclua os médicos envolvidos – cirurgião, oncologista clínico e radioterapeuta – e enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social, tem se mostrado estratégico para o alcance de melhores resultados, especialmente aqueles voltados à qualidade de vida. É importante ressaltar, no entanto, que a presença dos vários profissionais não necessariamente implica em trabalho integrado. De forma geral, a integração dos vários tipos de intervenção para a construção de uma nova abordagem requer o emprego de estratégias e mecanismos específicos de integração do trabalho clínico, alguns dos quais você conhecerá na UA VII.

No caso brasileiro, é prevista a existência de uma equipe multiprofissional nos serviços de alta complexidade. Em levantamento realizado pelo INCA em 2012, avaliando o cadastro dos hospitais habilitados na alta complexidade em câncer em capitais brasileiras, verificou-se a referência às especialidades médicas requeridas, assim como aos demais profissionais que devem compor a equipe. No entanto, o número de profissionais disponível em cada unidade é muito variado, e não é possível avaliar, sem estudo específico, se a oferta é suficiente e se o trabalho se dá de forma integrada (INCA, 2012).

Um outro aspecto, ainda, em relação à organização do cuidado, diz respeito aos cuidados paliativos. Pacientes com câncer de mama experimentam sintomas físicos e psicológicos, e o próprio tratamento, em suas várias modalidades, causa uma variedade de efeitos colaterais. Mesmo com a implantação de programas de rastreamento e dos avanços no controle da doença, uma parcela significativa de mulheres irá

evoluir com doença metastática. A abordagem às suas necessidades é especialmente inadequada nos países de baixa e média renda, onde o câncer frequentemente se apresenta em estágios mais avançados (INCA, 2012).

No Brasil, o acesso aos cuidados paliativos é precário ou inexistente, resultando em grande número de pessoas enfrentando enorme sofrimento no fim da vida, que poderia ser evitado. Estima-se em cerca de 67 o número de serviços existentes, todos em grandes centros – 66% dos quais localizados na Região Sudeste – e com grande disparidade em sua abordagem terapêutica e composição de recursos (INCA, 2012).

No entanto, em fins de 2011, foram reconhecidos como subespecialidade médica e, a partir de outubro de 2014 os cuidados paliativos passaram a ser remunerados pelo SUS, medidas que deverão facilitar a estruturação e o crescimento da área.

Atividade do Módulo 15

Trabalhando com o SISMAMA

No SISMAMA você encontrará uma série de informações acerca das mamografias realizadas em seu município, em sua região ou em seu estado. Conheça a seguir alguns dos indicadores construídos a partir das informações disponíveis e responda as questões propostas sobre cada um deles. O primeiro faz parte dos indicadores do Pacto pela Saúde e dos indicadores de transição para o COAP.

1. Razão de mamografias realizadas.

É razão entre exames realizados na faixa etária de 50 a 69 anos e a população feminina dessa faixa etária. Calcula-se utilizando como denominador metade (1/2) da população da faixa etária, na medida em que a periodicidade, de acordo com as normas, deve ser bienal. Embora sirva de guia para a uma aproximação à cobertura, você já sabe que este indicador apresenta algumas questões para sua interpretação. Quais são elas?

Para este indicador, a meta estabelecida para o Brasil em 2010 foi de 0,24 e a alcançada, de 0,12. Em 2011, foi estabelecida em 0,32 e alcançada, 0,16. Em 2012, o valor estabelecido foi de 0,35. Comente esses resultados e as metas estabelecidas.

2. Distribuição proporcional de mamografia de rastreamento por faixa etária.

É o percentual de mamografias de rastreamento (as diagnósticas são excluídas) realizadas em cada faixa etária. Qual a importância da análise deste indicador?

3. Periodicidade da mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos.

É o intervalo de tempo decorrido entre a realização dos exames em mulheres nessa faixa etária. Qual a importância deste indicador?

Na Biblioteca do Curso, você encontrará o Informativo Detecção Precoce Boletim ano 3, nº 3 agosto/dezembro 2012, em que são apresentas as séries históricas de acompanhamento dos indicadores relativos às ações de controle do câncer do colo do útero e de mama. Leia com atenção o segmento relativo ao câncer de mama - ítem B / 1 a 6 e as considerações finais. Observe o comparativo entre os estados e as regiões do país, analise com atenção.

Envie o resultado de seu trabalho para o seu tutor.

Avaliação final da Unidade VI

1. Ao longo desta UA, você viu que o objetivo do rastreamento do câncer do colo do útero é a identificação e tratamento precoce de suas lesões precursoras. O seguimento dos casos em que foram identificadas essas lesões é central para a eficácia das ações.

No AVA, você encontrará um passo a passo para a busca de informações no SISCOLO e seu tutor irá ajudá-lo, se necessário.

Entre no SISCOLO e busque o percentual de seguimento informado das lesões de alto grau do colo do útero para o Brasil, para as 5 Regiões brasileiras, para seu estado, para seu município e para os municípios de sua região de saúde, para os anos 2010, 2011 e 2012.

1.1. Faça uma tabela e observe os resultados, lembrando-se que o objetivo é seguir 100% dos casos. Comente os resultados.

1.2. Caso o resultado obtido esteja muito longe do objetivo, com base em sua experiência/ conhecimento, você poderia indicar algumas hipóteses que poderiam explicar os achados?

2. Outra questão discutida nessa UA, diz respeito à adesão, por parte dos profissionais de saúde e dos gestores, às diretrizes propostas pelos programas.

No AVA, você encontrará o documento "Avaliação de Indicadores das Ações de Detecção Precoce dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama – Brasil e Regiões, 2013", elaborado pelo INCA/ MS, também disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_utero/textos-referencia. É um relatório preliminar que avalia alguns indicadores construídos a partir das informações do SISCOLO e do SISMAMA.

No documento, a Tabela 1 apresenta a distribuição percentual de exames citopatológicos do colo do útero por faixa etária e a Tabela 3, a distribuição percentual pelo tempo de realização do exame anterior. Observe as informações apresentadas.

2.1. Comente o grau de compatibilidade entre as ações realizadas, informadas nas tabelas, e as diretrizes apresentadas nesta UA.

2.2. Observe e comente como se comporta seu estado em relação aos demais de sua Região e à média brasileira.

Avaliação final da Unidade VI (continuação)

A Tabela 7 apresenta a distribuição de mamografias de rastreamento segundo faixa etária e a Tabela 9, o tempo decorrido desde a realização da mamografia anterior.

2.3. Comente o grau de compatibilidade entre as ações realizadas, informadas nas tabelas, e as diretrizes apresentadas nesta UA.

2.4. Observe e comente como se comporta seu estado em relação aos demais de sua Região e à média brasileira.

2.5. Para os dois tipos de câncer, que estratégias você proporia para o aumento da adesão às diretrizes por parte de gestores e profissionais envolvidos na produção do cuidado?

3. Considerando os nós apontados na UA para a organização da atenção integral aos cânceres do colo do útero e de mama, utilize sua experiência/conhecimento para responder às seguintes questões:

3.1. para cada tipo de câncer (colo do útero e mama), que nós você considera que existam em seu município/região de saúde?

3.2. que informações você necessitaria para avaliar a existência desses nós e sua dimensão?

3.3. que hipóteses você formularia inicialmente como possíveis causas dos nós?

3.4. que tipo de aprofundamento de informações/investigação diagnóstica você buscaria para comprovar – ou não –, suas hipóteses, de modo a iniciar o desenho de estratégias para enfrentar os nós?

Referências

Almeida, S. B. *A trajetória de mulheres com câncer de mama: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de Volta Redonda*. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, 2009.

Barreto, A. S. B.; Mendes, M. F. D.; Thuler, L. C. S. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 86-91, 2011.

Conill, E.; Pires, D. (Coord.). *Relatório final Sub-projeto: relação público-privado e arranjos técnicos assistenciais na utilização de serviços de saúde: um estudo de itinerários terapêuticos na Região Sul*. Porto Alegre: OPAS: ANS: UFRGS, 2007.

Espinas, J. A. et al. Narrowing the equity gap: the impact of organized versus opportunistic câncer screening in Catalonia (Spain). *Journal of Medical Screening*, v. 18, n. 2, p. 87-90, 2011.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/INCA (Brasil). *Câncer de mama*. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www2.INCA.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama++>.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/INCA (Brasil). *Recomendações para a redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www1.INCA.gov.br/conteudo_view.asp?id=471>.

Porto, M.A.T.; Teixeira, L.A.; Silva, R.C.F. Aspectos históricos do controle de câncer de mama no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 331-339, 2013.

Rezende, M. C. R. *Causas do diagnóstico tardio no câncer de mama*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

Rezende, M.C.R.; Koch, H.A.; Figueiredo, J.A.; Thuler, L.C.S. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referencia do sistema único de saúde no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* v. 31, n. 2, p.75-81, 2008.

Silva, R.C.F.; Hortale, V.A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 67-71, 2012a .

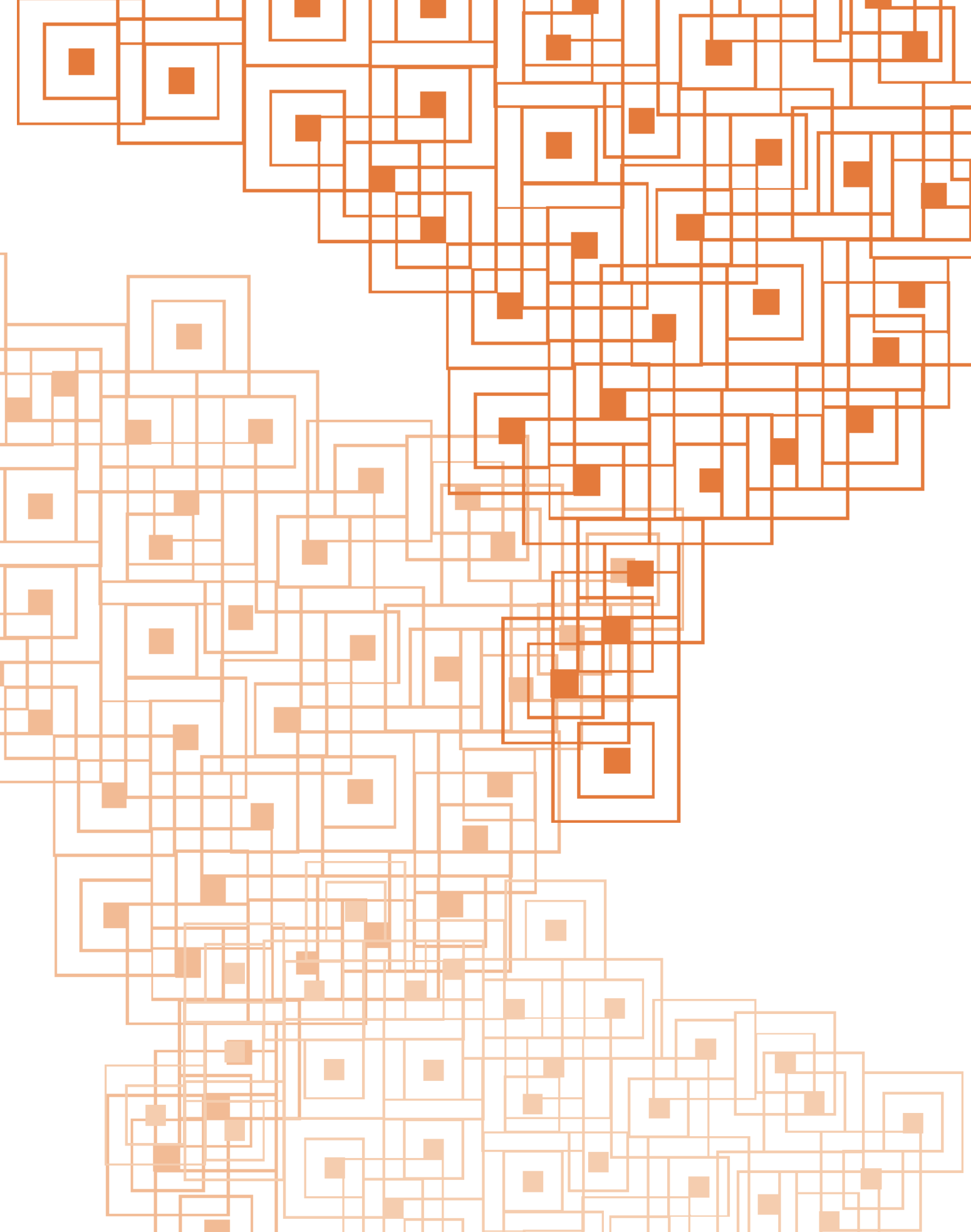
Silva, R. C. F. *Evidências científicas e análise comparada de programas de rastreamento: elementos para discussão das condições essenciais para o rastreamento organizado do câncer de mama no Brasil*. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012b.

Skaba, M. M. F. V. *Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva sócio-antropológica*. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

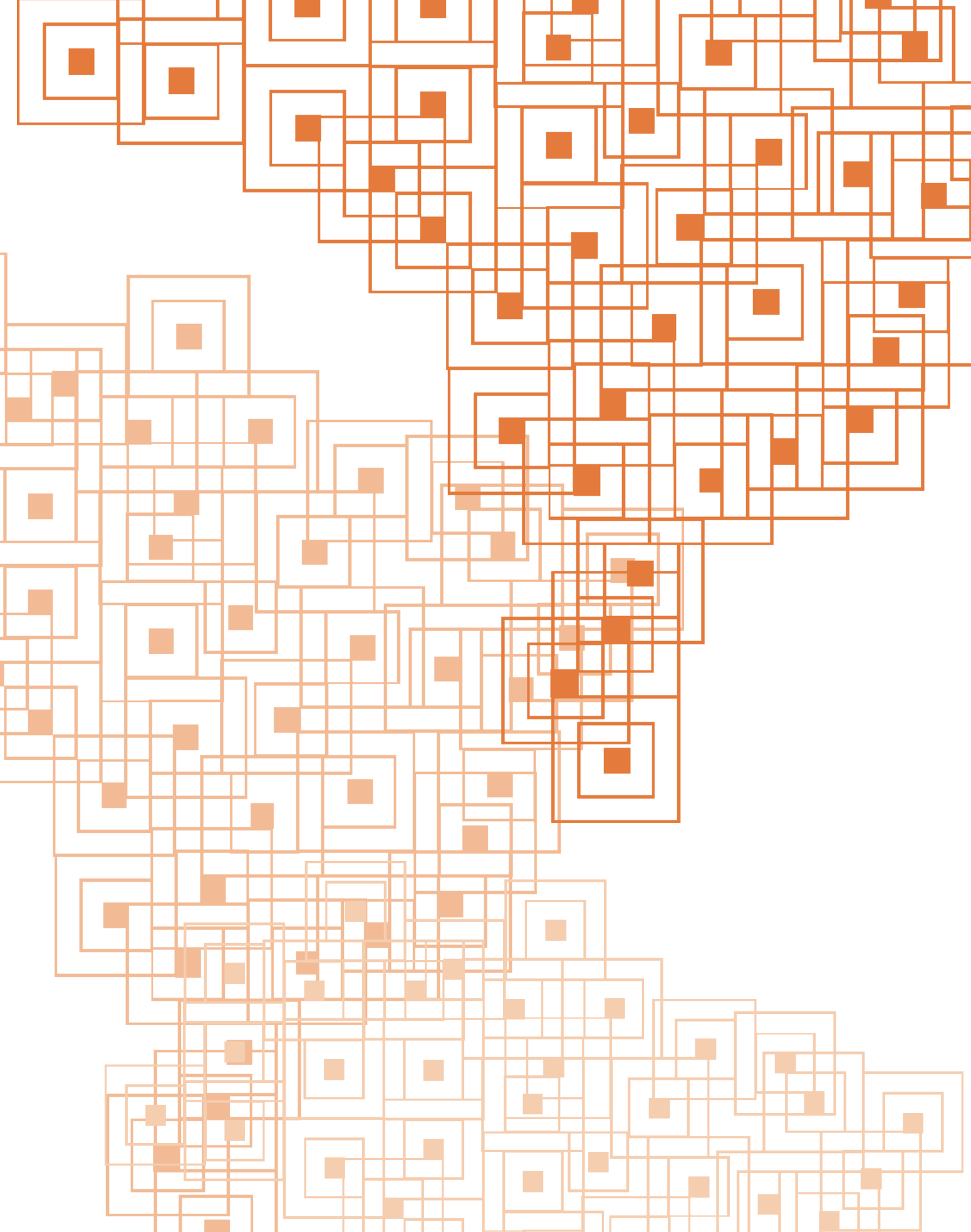
Thuler, L. C. S.; Mendonça, G. A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 656-660, 2005

Tribunal de Contas da União (TCU), Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Seprog) AUDITORIA OPERACIONAL Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília, 2011. Acessível em http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude/Folder_Oncologia.pdf

Trufelli, D. C. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 72-76, 2008.



VII Mecanismos de gestão e coordenacão de redes de atencão à saúde



16. Coordenação assistencial: enfrentando a fragmentação na produção do cuidado

Rosana Kuschnir

Um dos requisitos essenciais para a constituição de redes de atenção é a coordenação, referida a diferentes dimensões do sistema – política, organizacional, financeira, assistencial – que permite que um conjunto de unidades de saúde atue de forma coordenada no âmbito de uma concepção sistêmica.

Como você pôde observar, ao analisar os possíveis nós identificados na organização da atenção oncológica estudada na UA VI, a ausência de coordenação – tanto entre os níveis assistenciais, como entre as intervenções clínicas dirigidas aos mesmos pacientes – é um dos grandes entraves à garantia da atenção integral. E este é um achado que pode ser observado também para o conjunto de unidades/serviços e para outros subsistemas de atenção.

O objeto de estudo deste módulo é a coordenação assistencial, em seus diversos aspectos. Serão apresentados os principais conceitos e discutida sua articulação. Voltaremos a trabalhar os atributos das redes de atenção apresentados na UA II e na UA V, propostos pela Organização Pan-americana de Saúde em 2008 e incluídos em diversos documentos de política brasileiros. A discussão parte da fragmentação, um dos grandes desafios dos sistemas de saúde latino-americanos e apresenta os vários caminhos para seu enfrentamento, aí incluídos os instrumentos de política e os mecanismos de coordenação.

É apresentada uma visão panorâmica desses instrumentos e mecanismos, no intuito de permitir entender sua articulação com as demais dimensões estratégicas dos sistemas de saúde e da constituição de redes e compreender a diferenciação entre os três grupos principais de

mecanismos – os voltados à gestão de pacientes, à gestão da atenção/cuidado e à gestão da informação – e os requisitos para sua aplicação. Para isso, são apresentados alguns exemplos de mecanismos/instrumentos utilizados em sistemas nacionais de saúde, e você poderá avaliar as possibilidades de sua aplicação no contexto brasileiro.

Fragmentação: o grande desafio

Como tem sido discutido ao longo do Curso, a fragmentação, em suas várias dimensões, é um dos grandes desafios dos sistemas de saúde, em diferentes graus. E isso também é verdade para o SUS. No âmbito da provisão de serviços e do cuidado, a fragmentação gera dificuldades de acesso aos serviços e a cuidados oportunos, falta de qualidade técnica na provisão do cuidado, uso irracional e ineficiente dos recursos existentes e descompasso entre a oferta e as necessidades e expectativas da população.

Os reflexos da fragmentação são muitos e incidem em diferentes níveis do sistema. A falta de acesso se manifesta tanto pela demanda reprimida – aquela que não consegue entrar no sistema –, como pelos atrasos na prestação do cuidado. A falta de cuidados oportunos aparece nas longas filas de espera, nas referências tardias ou em cuidados prestados com enfoque reduzido como, por exemplo, através de programas verticais. A falta de continuidade assistencial se reflete na necessidade de ir a múltiplos serviços/unidades de saúde para resolver um único episódio de doença e/ou na ausência de uma fonte regular de cuidado, ou seja, falta de uma equipe de atenção primária ou uma APS que não cumpra esse papel. Ou ainda, pela descontinuidade na atenção a condições crônicas, pela ausência de informações clínicas que acompanhem os processos e pelas repetições desnecessárias de coleta de histórias clínicas e de exames diagnósticos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2008).

A fragmentação resulta também na descoordenação e falta de comunicação entre unidades de saúde e níveis assistenciais, duplicação de alguns serviços e infraestrutura e ausência de outros, capacidade instalada ociosa ao lado de sobrecarga de outros serviços, cuidado prestado no lugar menos adequado, especialmente no hospital, e distribuição não equitativa de serviços, que não considera a forma pela qual a população ocupa o território, com marcadas diferenças entre áreas urbanas/rurais; centro/periferia urbana e áreas ricas/pobres (Organização Pan-Americana da Saúde, 2008).

Em pesquisas realizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (2008) em países da América Latina, a falta de coordenação entre os níveis de atenção foi apontada como um problema grave, tanto pelos gestores da atenção primária como pelos da atenção hospitalar e de alta

complexidade. Ademais, estes últimos também apontaram que pouco mais da metade dos casos tratados em hospitais poderia ser resolvido por uma atenção primária resolutiva e de qualidade.

Ao mesmo tempo, no entanto, a própria fragmentação contribui para a baixa capacidade resolutiva da atenção primária. Muitas vezes, o paciente referido ao especialista não regressa à APS, ou são utilizados os serviços de emergência como fonte do cuidado que deveria ser prestado pelo ambulatório de especialidades ou mesmo pela atenção primária.

Considerando o âmbito de uma unidade de saúde, a fragmentação aparece em serviços clínicos funcionando como departamentos estanques, competindo por recursos e duplicando a estrutura; na internação de pacientes que poderiam ter sido atendidos em ambulatórios; na admissão de pacientes cirúrgicos sem que os exames pré-operatórios tenham sido realizados ou no aumento do tempo de permanência por dificuldades de portas de saída – serviços intermediários entre o cuidado intensivo hospitalar e a possibilidade de alta para casa (Organização Pan-Americana da Saúde, 2008).

Um sumário destes problemas é apresentado a seguir. Ele foi apontado por gestores latino-americanos em reunião realizada pela OPAS para a discussão das redes de atenção ainda na década de 1990, mas que permanece atual em muitos países.

Principais problemas das redes de atenção de acordo com gestores latino-americanos

- Falta de coordenação entre os níveis de atenção, com ausência de referência e contra-referência de pacientes.
- Capacidade resolutiva "real" dos níveis de atenção não corresponde à capacidade resolutiva atribuída. Baixa resolutividade do primeiro nível de atenção.
- Falta de coordenação entre serviços no interior das instituições públicas.
- Falta de coordenação entre o setor público e privado.
- Longas listas de espera.
- Falta de gestão da qualidade.
- Recursos escassos exacerbados por problemas de ineficiência e sub-execução orçamentária.
- Sistemas administrativos excessivamente centralizados.
- Deficiência na capacidade gerencial dos gestores e dos prestadores de serviços da rede.
- Falta de motivação e compromisso dos funcionários do sistema (clima e cultura organizacional).
- Déficit de pessoal e não cumprimento dos horários contratados.
- Existência de clientelismo, cuidado prestado por solicitação de grupos de pressão.

Fonte: OPAS, 2008

Para praticar

De acordo com seu conhecimento e/ou experiência, você diria que os problemas listados em fins da década de 1990 e apresentados no Quadro 1 permanecem atuais em sua realidade? Quais deles? De que forma?

Discuta com seu tutor e registre suas observações no seu Diário de Estudos, no AVA.

As causas da fragmentação

São múltiplas as causas da fragmentação inclusive, de âmbito externo ao sistema de saúde. A seguir, apresentamos as causas apontadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (2008):

a) Segmentação do sistema de saúde

A segmentação é um dos grandes condicionantes da fragmentação dos serviços de saúde. Nos sistemas segmentados, coexistem subsistemas diferentes, dirigidos a distintas e significativas parcelas da população, que funcionam de forma independente e que, evidentemente, têm grande dificuldade de integração desde uma perspectiva global. Por exemplo, subsistemas direcionados aos trabalhadores formais ou a beneficiários de planos privados de saúde.

b) Descentralização que fragmenta os níveis de atenção

Em alguns casos, dependendo do tipo de descentralização, seus benefícios são diminuídos por problemas de desenho e implementação. Entre os problemas ligados à descentralização que influenciam a integração de serviços estão:

- debilidades na capacidade técnica, administrativa e financeira para gerenciar os serviços descentralizados;
- perda das economias de escala para a constituição de redes, afetando tanto a oferta de serviços, como a compra e distribuição de bens e insumos indispensáveis à prestação de serviços;
- fragmentação dos níveis de atenção ao transferir a gestão dos distintos níveis a diferentes instâncias administrativas de governo;
- aumentos desnecessários dos custos de transação do sistema.

c) Predomínio de programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas

A preponderância de programas verticais ocasiona limitações e problemas, entre os quais:

- ausência de abordagem das causas subjacentes à doença;
- duplicação de esforços e desperdício de recursos;
- abandono de importantes grupos populacionais e/ou problemas de saúde;
- a perda de oportunidade de abordar situações de comorbidade.

d) Separação entre os serviços de saúde pública e os de atenção individual

Serviços de saúde pública e de atenção individual com financiamento, arranjos institucionais e provisão separados geram fragmentação. Com exceção das ações que não são dirigidas a famílias e indivíduos, muitos dos serviços de saúde pública deveriam integrar-se aos serviços de atenção clínica, particularmente aqueles referidos ao primeiro nível de atenção.

e) Modelo de atenção centrado na enfermidade, no cuidado agudo aos episódios agudos e no manejo intra-hospitalar

A atenção centrada na enfermidade subestima a importância da promoção e prevenção, assim como pode não considerar necessidades mais amplas, como as de apoio social, psicológico ou emocional no manejo de doenças crônicas ou de pacientes terminais. Com relação à centralidade do cuidado agudo, este pode falhar em garantir a atenção ao longo do tempo, necessária no caso das doenças crônicas. O predomínio do manejo intra-hospitalar pode contribuir à fragmentação quando promove a atenção no lugar menos apropriado – quando existem outras alternativas e indicação clínica, naturalmente – o que pode causar a exposição a riscos desnecessários, como infecções, e gerar aumento de custos.

f) Fragilidade na capacidade de condução da autoridade sanitária

A autoridade sanitária tem um papel fundamental e insubstituível na consecução dos objetivos de política, que incluem os avanços em saúde, equidade e justiça social. Neste marco, cabe às autoridades sanitárias

priorizar o problema da fragmentação de serviços de saúde através de suas funções de condução e regulação setorial, modulação do financiamento, garantia de acesso e harmonização da provisão de serviços de saúde e execução das funções essenciais da saúde pública. Para isto, contam com mecanismos específicos de política, inclusive jurídicos, e mecanismos institucionais diversos, como você verá adiante neste módulo. Quando é débil a capacidade de condução pelas autoridades sanitárias, a prestação de serviços tende a ocorrer de forma desordenada e anárquica, aprofundando a fragmentação.

g) Problemas de quantidade, qualidade e distribuição de recursos

Estes problemas se manifestam de diversas formas. Em muitos casos, há falta de infraestrutura, de pessoal, de insumos ou de orçamento, para operar serviços suficientes à atenção das necessidades. Nestes casos, a fragmentação se expressa por problemas de acesso à atenção integral, pela baixa qualidade técnica e pela falta de continuidade da atenção ao longo do tempo. É comum também que a falta de determinados serviços conviva com a oferta de outros, configurando um desequilíbrio na inter-relação de níveis assistenciais. A falta de qualificação dos recursos humanos é especialmente importante, particularmente no primeiro nível de atenção. Nestes casos, o problema costuma ser a falta de competências adequadas do pessoal lotado, unida a ineficiências nos sistemas de apoio clínico.

h) Culturas organizacionais contrárias à integração

Tradicionalmente, as organizações têm sido desenhadas com base em estruturas funcionais, ou seja, sobre disciplinas, estabelecimentos de saúde ou linha de produtos/serviços. Um exemplo deste tipo de organização são os tradicionais departamentos de cada especialidade, sob a direção de um chefe que possui capacitação e experiência da disciplina específica em questão. Por um lado, este desenho organizacional promove a especialização das habilidades e do conhecimento, promove a liderança clínica, facilita a homogeneização dos processos de provisão de serviços e facilita a tomada de decisão e a comunicação, porque os gestores compartilham a *expertise* e a cultura de seus subordinados. Por outro lado, essas estruturas funcionais tendem a enfatizar a rotina das tarefas e podem conduzir a uma visão de curto prazo, promover uma perspectiva gerencial estreita, reduzir a comunicação e cooperação com outras unidades e dificultar o comprometimento com resultados mais globais, particularmente quando os resultados clínicos dependem de ações interdisciplinares.

Fórum

Considerando seu conhecimento e experiência profissional, você diria que as causas apontadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (2008) contribuem para a fragmentação no SUS? Quais delas? De que maneira?

Estratégias em busca da coordenação

Como você pode observar, algumas das causas listadas acima são estruturais, como a segmentação, e dizem respeito à própria constituição dos serviços de saúde. Quanto mais segmentado um sistema, maior a fragmentação.

Relembrando o que você aprendeu na UA II, diferentes sistemas de saúde vêm experimentando diversas estratégias em busca de maior coordenação frente à transição epidemiológica e o aumento dos gastos em saúde.

O sistema americano, extremamente fragmentado, tem tido seu padrão de provisão modificado desde a década de 1980 e, principalmente, dos anos 1990, através de processos cada vez mais amplos de integração horizontal e vertical (conceitos que você encontra no Quadro 1). Ao mesmo tempo, os planos de saúde passaram a desenvolver estratégias específicas de coordenação, como os programas de gestão/gerenciamento de casos e de doenças.

Os sistemas nacionais de saúde, com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, instituíram as redes de atenção como estratégia para garantia de acesso à atenção integral para toda a população. As redes, desde a formulação pioneira de Dawson, têm como fundamento a coordenação entre níveis assistenciais e de intervenções clínicas. Assim, a provisão do cuidado no âmbito dos sistemas nacionais de saúde, em que possam pesar dificuldades de integração relatadas em estudos de caso, é infinitamente mais coordenada do que a observada em sistemas segmentados.

Ainda assim, com a mudança de perfil epidemiológico da população, os sistemas nacionais vêm experimentando mecanismos para o estreitamento da coordenação entre níveis e da gestão clínica. Alguns introduziram programas de gestão de casos, embora deva-se assinalar que o impacto, do ponto de vista da integração, foi muito menor do que o alcançado em algumas experiências americanas, já que o patamar de

partida era muito diferente Por outro lado, para os sistemas nacionais, muito da ênfase das propostas de integração têm sido colocada na busca de integrar os setores saúde e serviço social (Kuschnir, Chorny, 2010).

O que nos reporta a duas questões centrais que têm sido discutidas ao longo do curso: (1) contexto é central na discussão da coordenação e de seus instrumentos e em sistemas públicos que se querem universais e equitativos; (2) a coordenação assistencial deve formar parte de estratégias globais de constituição de redes, como você verá no Módulo 17.

Coordenação e integração assistencial: alguns conceitos

O conceito de integração em serviços de saúde não é novo, mas seu significado pode ter múltiplas interpretações e usos. Para dar um exemplo já visto por você na discussão de reformas de sistemas de saúde, ele não é compreendido nem aplicado da mesma forma no ambiente super fragmentado do sistema americano, por exemplo, e nos sistemas nacionais de saúde que operam em redes.

Esta diversidade de interpretações torna mais difícil compreender seu significado, trocar experiências e avaliar os avanços das diferentes estratégias. Em resposta a esta dificuldade, a Organização Mundial da Saúde (Who, 2008) propôs a seguinte definição preliminar para serviços de saúde integrados:

> A gestão e provisão de serviços de saúde de forma tal que as pessoas recebem um *continuum* de serviços preventivos e curativos de acordo com suas necessidades ao longo do tempo, através dos diferentes níveis do sistema de saúde.

Do ponto de vista conceitual, a integração é melhor compreendida como um *continuum*, o que significa que existe um gradiente de integração entre a fragmentação absoluta e a integração total. Por outro lado, nem todos os elementos em um sistema devem necessariamente integrar-se, e a experiência mostra que alguns componentes são mais importantes que outros para o objetivo da integração – os sistemas de informação, por exemplo (Organização Pan-Americana da Saúde, 2008).

No Quadro 2, você encontra a definição de alguns termos comumente utilizados na discussão acerca da integração/coordenação de serviços de saúde.

Quadro 1 – Termos/conceitos relacionados à integração/coordenação de serviços de saúde

Conceito	Definição	Observações
Integração Horizontal	Coordenação de funções, atividades ou unidades operativas que estão na mesma fase do processo de provisão de serviços.	As consolidações e/ou fusões, criando cadeias de clínicas ou de hospitais, são exemplos deste tipo de integração.
Integração Vertical	Coordenação de funções, atividades ou unidades operativas que estão em fases diferentes do processo de provisão de serviços na mesma fase do processo de cuidado.	Exemplos são a integração entre hospitais e grupos médicos ou entre centros de cirurgia ambulatorial e agências de cuidado domiciliar. Ou ainda de unidades de saúde com fabricantes de equipamentos/insumos.
Integração Funcional	Grau em que as funções-chave de apoio e atividades tais como gestão financeira, recursos humanos, planificação estratégica, gestão da informação e melhoria da qualidade estão coordenadas através de todas as unidades.	Não implica em que todas as atividades devam ser centralizadas ou estandardizadas. Também não significa que todas as funções e atividades devam ser reorganizadas simultaneamente. No entanto, algumas devem ser iniciadas o mais rapidamente possível, como o planejamento estratégico.
Integração real	Integração mediante o controle e a propriedade direta de todas as partes do sistema.	
Integração virtual	Integração como meio para a colaboração entre os componentes de um sistema através de relações, e não da propriedade dos componentes.	Modalidade que utiliza contratos, acordos, alianças e afiliações que simulam os benefícios da propriedade dos componentes. Pode coexistir com a propriedade.
Integração clínica	Grau em que o cuidado do paciente está coordenado através das diversas funções, atividades e unidades operativas do sistema.	O grau de coordenação do cuidado depende fundamentalmente da condição do paciente e das decisões de sua equipe de saúde. A integração clínica inclui a integração horizontal e vertical.
Continuidade Assistencial	Grau em que uma série de eventos distintos do cuidado em saúde são experimentados como coerentes, conectados entre si e consistentes com as necessidades clínicas e pessoais de um paciente.	Corresponde à experiência de coordenação assistencial desde a perspectiva do paciente.

Fonte: Adaptado (Organização Pan-Americana da Saúde, 2008).

Muitas vezes, os termos coordenação e integração assistencial são utilizados de forma indistinta, mas existem matizes importantes que os diferenciam. A coordenação e a integração assistencial representam etapas ao longo do *continuum* da integração, onde esta representa o nível mais avançado de coordenação. No Quadro 2, são comparados os conceitos de autonomia, coordenação e integração, com base em características-chave dos serviços de saúde. O quadro considera as diferentes instituições – por exemplo, diferentes secretarias municipais na mesma região, secretarias estaduais, gestor federal, serviços contratados – e seus serviços, como os diferentes parceiros.

Quadro 2 – Os conceitos de autonomia, coordenação e integração de serviços de saúde

	Autonomia	Coordenação	Integração
Informação em Saúde	Circula principalmente dentro do mesmo grupo de parceiros.	Circula ativamente entre grupos de diferentes parceiros.	Orienta o trabalho dos distintos parceiros para cumprir necessidades acordadas.
Visão do sistema	Influenciada pela percepção de cada parceiro e possivelmente e em interesse próprio.	Baseado em um compromisso compartilhado de melhorar o desempenho do sistema como um todo.	Um marco comum de valores, tornando cada parceiro socialmente responsável.
Uso dos recursos	Essencialmente para cumprir objetivos autodeterminados.	Frequentemente para assegurar a complementaridade e o reforço mútuo.	Usados de acordo com um marco comum para o planejamento, a organização e a avaliação de atividades.
Tomada de decisão	Coexistência independente de vários modos de tomada de decisão.	Processo consultivo na tomada de decisão.	Parceiros delegam parte de sua autoridade a uma instância única de decisão.
Natureza da aliança	Cada grupo tem suas próprias regras e pode buscar alianças ocasionalmente.	Existem esforços cooperativos para projetos que têm duração limitada.	Aliança institucionalizada, baseada em definição de missão e/ou legislação.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

Utilizando os conceitos apresentados no Quadro 3, o Quadro 4 apresenta uma proposta de classificação do grau de coordenação/integração de cada um dos atributos da rede de atenção – que você conheceu na UA II e trabalhou novamente na UA V.

São apresentados três cenários: o de um sistema fragmentado, um parcialmente integrado e um integrado. É a aplicação do conceito de coordenação como um gradiente.

Observando o quadro, é possível compreender que num dado sistema pode-se encontrar a convivência de diferentes graus de integração quando se consideram os distintos atributos. No entanto, de forma geral, é possível classificar um caso específico entre os três cenários apresentados.

Quadro 3 – Avaliando a progressão até as redes integradas: da fragmentação absoluta à integração

Atributos	Nível de progressão dos atributos que conformam as redes integradas de serviços de saúde		
	I	II	III
	Sistema fragmentado	Sistema parcialmente fragmentado	Sistema integrado
População/ território	Sem população/ território a seu cargo.	População/território sob sua responsabilidade definidos, mas com escasso conhecimento de suas necessidades e preferências.	População/território sob sua responsabilidade definidos e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em saúde, que determinam a oferta de serviços.
Oferta de serviços de saúde	Muito limitada e restrita ao primeiro nível de atenção.	Ampla oferta de serviços de saúde, mas sob dependência organizacional diversa, que funcionam de forma independente uma da outra.	Extensa rede de serviços que provê promoção, prevenção, diagnóstico, e tratamento e integra os programas focalizados, os serviços pessoais e os de saúde pública..
Primeiro nível de atenção	Predomínio de programas verticais que funcionam de forma desintegrada.	Atuam em teoria como porta de entrada do sistema, mas com muito baixa capacidade resolutiva e de integração de serviços.	Atua de fato como porta de entrada ao sistema, integra e coordena o cuidado assistencial e resolve a maioria dos problemas e necessidades da população.
Atenção especializada	Acesso desregulado a especialistas e predomínio da atenção especializada em ambiente hospitalar.	Acesso regulado à atenção especializada de predomínio ambulatorial.	Provisão de serviços de especialidades nos lugares mais apropriados, os quais se dão preferentemente em ambientes extra-hospitalares.
Mecanismos de coordenação assistencial	Não há coordenação assistencial.	Existência de mecanismos de coordenação assistencial, mas que não cobrem todo o espectro de serviços.	Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o *continuum* assistencial.
Tipo de cuidado	Centrado na enfermidade.	Centrado no indivíduo.	Centrado na pessoa, na família e na comunidade/território.
Governança do sistema	Não há função clara de governança.	Múltiplas instâncias de governança, que funcionam de forma independente umas das outras. As instâncias de participação são limitadas.	Um sistema de governança único e participativo para toda a rede.
Gestão do sistema	Gestão administrativa débil.	Gestão administrativa integrada, mas sem integração dos sistemas de apoio clínico.	Gestão integrada dos sistemas administrativos e de apoio clínico.
Recursos Humanos	Insuficientes para as necessidades do sistema.	Recursos humanos suficientes, mas com deficiências com relação à competência técnica e compromisso com o sistema.	Recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com o sistema.
Sistema de informação	Não ha sistema de informação.	Múltiplos sistemas que não se comunicam.	Sistema de informação integrado e que vincula todos os membros da rede.
Financiamento	Insuficiente e descontínuo.	Financiamento adequado, mas com incentivos financeiros não alinhados.	Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas do sistema como um todo.
Vínculo com outros setores	Não há vínculos com outros setores.	Existem vínculos com outros setores sociais.	Ação intersetorial ampla, além de outros setores sociais.

Fonte: Adaptado Organização Pan-Americana da Saúde, 2008, 2010.

Instrumentos de política e mecanismos institucionais de coordenação

Como você observa, a coordenação/integração diz respeito a todas as dimensões/atributos das redes, além daqueles especificamente ligados à produção do cuidado. Essas dimensões estão interrelacionadas e o grau de integração em um aspecto influencia a *performance* dos demais. Assim, a integração é um conceito que pode ser definido desde diferentes perspectivas. As mais empregadas referem-se habitualmente à integração financeira, organizativa e assistencial/da prática clínica, e todas elas apresentam aspectos inextrincavelmente ligados.

A integração econômica é caracterizada por financiador único, prestações comuns, comunidade de riscos e incentivos compartilhados. A integração estrutural caracteriza-se por serviços prestados pela mesma organização, fluxos definidos de pacientes e distribuição de tarefas entre níveis assistenciais (Meneu, 2006).

Embora a mera integração econômica e/ou estrutural possa não garantir a integração clínica, conseguir a pretendida integração assistencial pode ser muito dificultado pelas carências de mecanismos de financiamento, a descoordenação de incentivos, as configurações organizativas ou a orientação da gestão dos serviços (Meneu, 2006). Para a consecução dos objetivos de integração, o papel da autoridade sanitária é central na condução do processo de implantação das redes e da coordenação em todos os seus aspectos. Para isso, dispõe tanto de instrumentos de política como de mecanismos institucionais.

Os instrumentos de política são os meios pelos quais se alcançam os objetivos das políticas públicas. Entre eles, estão os instrumentos jurídicos – leis e decretos que definem a população a ser atendida, as ações e serviços garantidos, a forma como se dá a organização do sistema etc. – e aqueles que são do âmbito específico da gestão, como políticas de remuneração e de formação condizentes com os objetivos propostos.

Já os mecanismos institucionais para a coordenação são os que se aplicam ao nível das instituições gestoras e prestadoras, sendo basicamente de dois tipos.

Os primeiros se relacionam mais diretamente com o processo assistencial propriamente dito, como os guias de prática clínica/protocolos e a criação do prontuário compartilhado, que você verá mais adiante. Estes são também chamados de clínicos ou dirigidos à gestão da atenção/do cuidado, já que objetivam coordenar/integrar as ações e intervenções clínicas praticadas por diferentes profissionais e serviços para o mesmo paciente, ou seja, à gestão clínica.

Os segundos são mecanismos mais diretamente relacionados com os modelos de organização e gestão, que apoiam o processo assistencial, como processos de planejamento integrados e a garantia das condições de efetivação do plano, centrais de regulação, etc. São também chamados não clínicos ou dirigidos à gestão de pacientes e relacionam-se mais à coordenação entre unidades e níveis assistenciais, dirigidos a construir os caminhos dos usuários ao longo da rede da forma mais suave e articulada possível, definindo os fluxos assistenciais.

Esta é uma diferenciação importante, já que a utilização de instrumentos de gestão clínica, como protocolos e guias clínicos, não resolve problemas derivados da falta de planejamento, da oferta descoordenada e insuficiente de serviços ou da ausência de fluxos assistenciais definidos e institucionalizados.

Isto posto, é evidente que os dois tipos estão interligados, e sem a interação entre ambos não é possível conseguir a integração. Mais uma vez, contexto mostra-se fundamental, e as estratégias utilizadas num caso específico não necessariamente se aplicam a outras realidades de forma acrítica. No entanto, muitas das estratégias listadas seriam fundamentais para a constituição das redes de atenção no caso brasileiro. Alguns dos instrumentos de coordenação, você verá em detalhe no Módulo 17.

No Documento produzido pela OPAS, "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de politica y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas" publicado em 2008 e revisado em 2010, você encontra um amplo sumário apresentando diversos exemplos de instrumentos de política pública e mecanismos institucionais clínicos e não clínicos que podem ser utilizados na busca da coordenação/integração no que se refere a cada atributo da rede. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf

Mecanismos de coordenação assistencial

Considerando especificamente os mecanismos de coordenação assistencial, eles podem ser, como vimos, mais diretamente relacionados à coordenação entre níveis e fluxos assistenciais ou à coordenação clínica do cuidado a um paciente ou grupo de pacientes – a gestão clínica. De forma transversal, estão os sistemas de informação, que são utilizados como base tanto da coordenação entre níveis como da gestão clínica, dependendo do subsistema de informação em questão. Assim, do ponto de vista conceitual e acadêmico, as ferramentas de coordenação podem ser dirigidas à:

- gestão de pacientes;
- gestão da atenção;
- gestão da informação.

Figura 1 – Instrumentos de Coordenação Assistencial

Fonte: Griffel & Fernandez (2012).

Gestão de pacientes

A gestão de pacientes busca coordenar os fluxos de pacientes entre os diversos pontos de atenção e níveis assistenciais. Tem por função a gestão da atenção ofertada: consultas, leitos, programação do acesso a consultas em atenção especializada, realização de exames diagnósticos, intervenções terapêuticas e internações. Para isso, gerencia também a informação assistencial e da documentação clínica.

A gestão de pacientes é realizada em diferentes níveis da rede. As diversas unidades fazem a gestão dos fluxos internos de seus pacientes. Em sistemas que funcionam em rede, os hospitais normalmente fazem a gestão de seus leitos (autorregulação), na medida em que os fluxos são pré-definidos no âmbito do território, estando previamente estabelecido de que unidades cada hospital deverá receber pacientes. As unidades operam com filas de espera, quando for o caso, e estas são geridas tanto pelas unidades como pela gestão central da rede.

A gestão de filas é central à gestão de pacientes, o que inclui a garantia do cumprimento dos prazos estabelecidos para a realização de consultas especializadas, exames e internações eletivas. A maioria dos sistemas que opera em redes define os tempos máximos de espera.

A gestão de filas é baseada em critérios de priorização:

- a necessidade do paciente;
- a gravidade da patologia;
- o benefício esperado;
- outros condicionantes sociais.

Esses critérios de priorização podem ser utilizados através de tabelas de pontuação, como no exemplo mostrado no Quadro 4, utilizado para gestão de fila de cirurgia de catarata no sistema nacional de saúde espanhol, na Comunidade Autônoma da Catalunha.

Quadro 4 – Critérios de priorização utilizados para gestão da fila de cirurgia de catarata em um sistema nacional de saúde operando em redes – Comunidade Autônoma da Catalunha

CIRURGIA DE CATARATA Critérios e níveis	Pontuação
Gravidade da patologia (incapacidade visual)	
Leve	0
Moderada	20
Grave	35
Muito Grave	45
Probabilidade de recuperação	
Moderada	0
Alta	6
Muito Alta	7
Limitação das atividades cotidianas	
Alguns problemas	0
Bastantes problemas	11
Grau de incapacidade	15

Fonte: Griffel & Fernández (2012).

Outros mecanismos de gestão da atenção fazem a articulação entre atenção primária e especializada. A gestão conjunta da agenda de consultas é um deles, o que melhora a acessibilidade ao médico especialista.

Uma outra questão central é o tempo que decorre entre a suspeita diagnóstica feita pelos médicos da APS e sua confirmação ou afastamento, através de avaliação pelo especialista e da realização de exames complementares clínicos e, especialmente, de imagens.

Diferentes mecanismos e instrumentos têm sido instituídos, no sentido de reduzir esse tempo e mantê-lo em limites clinicamente aceitáveis.

Um mecanismo instituído na Catalunha são as Unidades de Diagnóstico Rápido, que buscam celeridade na atenção a determinadas patologias sobre as quais é importante atuar rapidamente. Resultam de acordo entre a atenção primária e a atenção especializada, que definem as

patologias e os procedimentos específicos a realizar, diminuindo os tempos de espera. Em geral, são patologias graves, que ocasionam um grande número de consultas para esclarecimento diagnóstico e que se beneficiam de atenção precoce.

De forma conjunta, são definidas as suspeitas diagnósticas e os quadros clínicos específicos a serem encaminhados às unidades, assim como as provas diagnósticas a serem utilizadas. As unidades têm agendas estruturadas de tal forma que permitem a realização de consultas iniciais, proceder à realização de exames complementares – em grande parte, de imagem – e consulta de avaliação para o mesmo médico no mesmo dia, já com os resultados das provas diagnósticas. Caso os exames levem mais tempo para serem realizados, a consulta de avaliação é marcada para o dia seguinte. As portas de entrada para as unidades de diagnóstico rápido são a atenção primária e os serviços de urgências e emergências, o que evita internações desnecessárias para realização de investigação (Consórcio Hospitalar da Catalunha, 2013).

O compromisso da atenção especializada é que o paciente será visto em menos de uma semana após a indicação pelo médico da APS e que todos os exames necessários serão realizados em um período máximo de 20 dias. Após essa etapa, o paciente é encaminhado imediatamente ao tratamento.

Um tipo específico de circuito rápido de diagnóstico é o de câncer. Foi o primeiro a ser criado e deu origem aos demais. Ele é descrito no texto destacado na página seguinte.

Outro mecanismo de coordenação entre atenção especializada e APS é o Circuito de pré-alta, cujo objetivo é garantir que todos os pacientes recém-saídos do hospital recebam uma atenção especial por parte de sua equipe de APS de referência. Uma vez planejada a alta, a equipe da APS é comunicada com 24 a 48 horas de antecedência, e o processo de continuidade do cuidado é discutido entre médicos da APS e especialistas.

A identificação precoce desses pacientes permite aperfeiçoar o processo de cuidado, evitar reinternações ou intercorrências que possam levar a urgências. A maioria dos pacientes neste circuito já sai do hospital com uma consulta agendada em sua unidade primária de referencia ou em domicílio, em geral, para o dia seguinte à alta (Consórcio Hospitalar da Catalunha, 2013).

Circuito de Diagnóstico Rápido do Câncer: a experiência da Catalunha

É um instrumento para garantir o diagnóstico e tratamento do câncer dentro dos prazos estipulados. Foi instituído em 2003 e hoje abarca cinco localizações de tumor: mama, cólon, pulmão bexiga e próstata.

Para definição das localizações que seriam incluídas, foram utilizados critérios epidemiológicos de morbi-mortalidade e selecionados inicialmente aqueles em que houvesse mais evidência do benefício de diagnóstico e tratamento precoces. Este foi o caso das localizações propostas em uma primeira fase: mama, cólon e pulmão.
Os dois primeiros apresentavam taxas de sobrevida bastante altas, enquanto os casos de câncer de pulmão não apresentavam resultados tão bons no início. Posteriormente, foram incorporados os cânceres de bexiga e de próstata.

São três os objetivos do circuito: reduzir o tempo atribuível ao sistema de saúde, que decorre entre a suspeita diagnóstica e o diagnóstico e entre diagnóstico e tratamento; diminuir a ansiedade de pacientes e familiares e melhorar a qualidade da atenção.

Para isso, o sistema deve combinar atenção rápida por parte do primeiro nível e dos demais pontos de atenção, com a utilização de consultas especializadas, atenção de hospital-dia e de internação, todos coordenados por circuitos específicos de atenção preferencial e de realização rápida de exames diagnósticos.

Cada uma das localizações dispõe de um circuito e de protocolos específicos, difundidos pela autoridade sanitária, que contêm os critérios de inserção de pacientes no circuito, ou seja, quais as condições, sinais e sintomas que determinam a inclusão de casos. São definidos ainda todos os mecanismos de entrada e o caminho a ser seguido em todos os níveis de atenção/unidades envolvidos, com ênfase especial na coordenação entre os diferentes profissionais que participam das diversas fases do cuidado.

Para cada tipo de localização de tumor, a equipe envolvida inclui os que lidam com a fase diagnóstica – médico de família, os especialistas (gastroenterologistas, mastologistas, urologistas, pneumologistas etc.), radiologistas – e com o tratamento – cirurgiões gerais, cirurgiões torácicos, oncologistas clínicos, radioterapeutas. A equipe inclui ainda nutricionista, psicólogo, assistente social e enfermeiros.

Para permitir o trabalho coordenado, são criados comitês oncológicos e fóruns de análise e debate específico sobre cada um dos pacientes avaliados, integrados por todos os profissionais implicados, e que têm por objetivo avaliar as diferentes alternativas e personalizar o tratamento.
O protocolo estabelece também os instrumentos para o seguimento do paciente e para avaliação pelo circuito trimestralmente.

A avaliação do funcionamento do circuito faz-se em relação aos tempos decorridos entre os diferentes pontos de inflexão: o processo inicia-se no momento da consulta em que o médico da APS percebe a sintomatologia suspeita. Desde esse momento, mede-se o tempo até o diagnóstico de certeza através da anatomia patológica e até o início do tratamento, seja cirúrgico, clínico ou paliativo.

Ainda que haja diferenças entre os circuitos, estabeleceu-se o tempo de 30 dias como máximo para todo o processo para 90% dos casos.

Fonte: Consórcio Hospitalar da Catalunha (2013) e Grifell & Fernández (2012).

Gestão da atenção

Os instrumentos para a gestão da atenção – ou do cuidado – dizem respeito à gestão clínica propriamente dita. Podem ser utilizados no âmbito das unidades de atenção, integrando o cuidado entre vários profissionais/serviços, e entre pontos de atenção e níveis assistenciais, de forma a buscar a coordenação do cuidado prestado pelos distintos níveis aos mesmos pacientes.

Os instrumentos apresentados abaixo são alguns dos dispositivos adotados em sistemas nacionais que funcionam em redes. Alguns deles serão tratados também no Módulo17. Aqui será feita referência específica aos utilizados para a construção de roteiros assistenciais entre níveis, como os Guias de Prática Clínica.

Esses guias são as recomendações baseadas em evidências, que têm por objetivo orientar o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde com relação aos procedimentos mais adequados para atender uma situação clínica específica (Griffel; Fernández, 2012). Englobam três âmbitos:

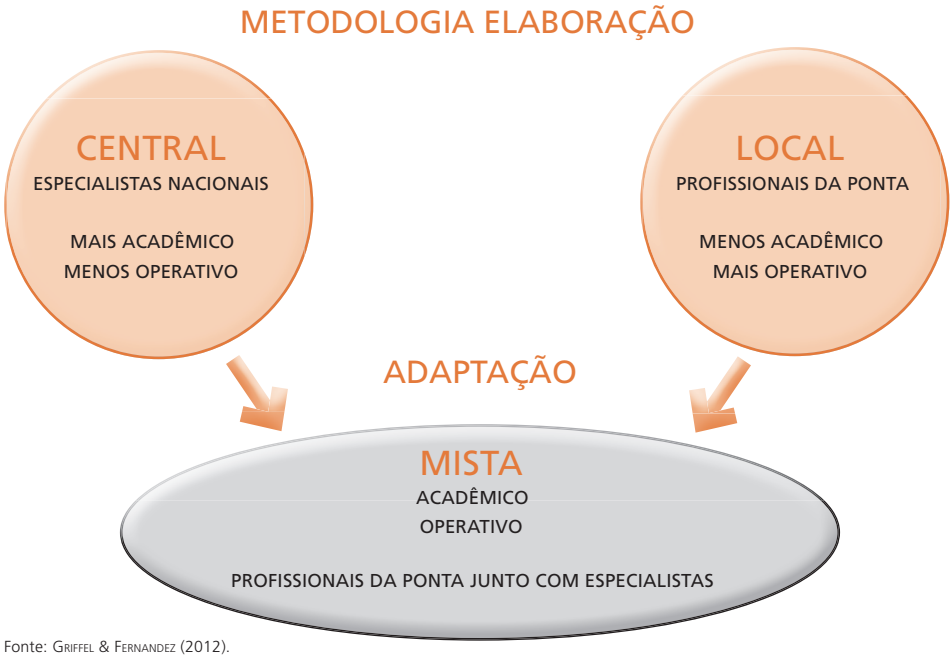
- da organização de atividades, definido trajetórias clínicas;
- das redes territoriais, definindo roteiros territoriais;
- de âmbitos específicos, definindo protocolos clínicos de atuação.

Figura 2 - Âmbitos dos Guias de Prática Clínica

Fonte: Griffel & Fernandez (2012).

Para sua elaboração utiliza-se uma metodologia mista, que mescla uma abordagem dada por especialistas de cunho mais acadêmico com a dos profissionais da ponta, de cunho mais operativo.

Figura 3 – Metodologia para Elaboração de Guias de Prática Clínica



Fonte: Griffel & Fernandez (2012).

Os roteiros assistenciais pretendem avançar num sistema de gestão integral por processos clínicos, com o objetivo de criar conexão entre profissionais trabalhando em diferentes níveis assistenciais. Quando elaborados de forma conjunta pelos profissionais atuando nos diferentes níveis, com informação clínica compartilhada – via prontuário eletrônico – permitem incrementar a confiança e o intercâmbio.

São utilizados para definir as atividades a serem realizadas na atenção e seguimento de pacientes crônicos, em cujo processo de cuidado intervêm os vários níveis assistenciais, que devem estar coordenados para que se possam evitar os conhecidos efeitos da fragmentação, como internações não planejadas ou atenção prestada nos serviços de emergência. Definem as condutas a serem seguidas por todos os profissionais, considerando os diversos cenários clínicos, tanto nos momentos em que o paciente se encontra em situação estável, como quando apresenta agudização de seu quadro, necessitando uma interconsulta especializada ou internação hospitalar. O roteiro estabelece claramente o que deve ser feito, como, por quem e quando.

Observe no Quadro 5 o exemplo de um roteiro assistencial elaborado para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Quadro 5 – Exemplo de Roteiro Assistencial para DPOC utilizado em um sistema nacional de saúde operando em redes – Comunidade Autônoma da Catalunha

O QUÊ	QUEM	ONDE	QUANDO
Obter agendamento de consulta na atenção primária (AP)	Unidade APS de referência do paciente	Centro de Atenção Primária (CAP)	Imediatamente após solicitação do paciente
1ª consulta	Médico AP	CAP	< 24 hs
Agendamento de exames complementares	Unidade AP de referência do paciente	CAP	Imediatamente após a consulta
Extração de sangue	Enfermeira AP	CAP	24-48 hs
Realização de exames	Laboratório	Laboratório	2-4 hs após recepção
Consulta de avaliação de resultados	Médico AP	CAP	< 7 dias, agendada na primeira consulta
Agendamento pneumologista	Unidade AP de referência do paciente	CAP	Imediatamente após solicitação do médico
1ª consulta pneumologista	Pneumologista	Hospital X (definido especificamente)	< 15 dias

Fonte: Griffel & Fernández (2012).

Como em todos os sistemas operando em redes, o serviço de pneumologia para onde é agendada a consulta especializada é identificado previamente no roteiro assistencial. Ademais, o médico da atenção primária poderá contatar o pneumologista a qualquer momento pelo celular .

Para praticar

Observe o roteiro assistencial descrito no Quadro 7. Você diria que é um bom instrumento a ser adotado no SUS? Que limitações você veria à sua implantação no caso brasileiro?

Discuta com seu tutor e registre suas observações no seu Diário de Estudos, no AVA.

A seguir, apresentaremos outros dispositivos e arranjos que podem ser utilizados para a coordenação entre os níveis de atenção na gestão do cuidado.

Profissionais de enlace

É a utilização de profissionais, em geral enfermeira(o)s, encarregados de facilitar a coordenação entre os diferentes profissionais do sistema, tanto no âmbito da saúde, como no social. Seu objetivo é gerenciar a continuidade da atenção, facilitando a transição entre diferentes pontos e níveis de atenção, como, por exemplo, no circuito de informação pré-alta, (Consórcio Hospitalar Da Catalunha, 2013) que você viu acima.

Os gestores de caso são outro exemplo de profissional de enlace, que você conhecerá com maior detalhe no Módulo 17.

Consulta virtual sem o paciente

É solicitada ao especialista mediante o envio da informação clínica e os exames diagnósticos, programada diretamente pelo médico da atenção primária na agenda do especialista. Ao mesmo tempo, o médico da atenção primária programa em sua própria agenda a revisão da resposta em, no máximo, 7 dias, através do prontuário compartilhado (Consórcio Hospitalar Da Catalunha, 2013).

É um tipo de dispositivo semelhante ao já utilizado para solicitar parecer de especialistas através da transmissão de imagens. Tem grandes vantagens: aumenta a acessibilidade ao especialista, diminuindo sua carga de trabalho e as filas de espera, além de evitar demoras e deslocamentos desnecessários do paciente.

Consulta de alta resolução em especialidades

Permite a realização da consulta e de provas terapêuticas no mesmo dia, com o objetivo de clarear o diagnóstico e dar início à terapêutica. Em geral, a mesma unidade concentra a atenção especializada e a realização dos exames, encurtando tempos de espera, evitando inúmeras visitas a diferentes serviços e melhorando a coordenação (Consórcio Hospitalar Da Catalunha, 2013).

Consulta de atenção imediata

É dirigida a episódios de agudização de pacientes frágeis ou com patologias crônicas complexas que apresentam descompensação, mas que não configuram emergência nem necessitariam de internação tradicional. São realizadas em unidades que proveem consulta ambulatorial especializada e leitos em regime de hospital-dia para acompanhamento. Em outro sistemas, como na Inglaterra, hospitais de pequeno porte são utilizados com essa mesma função (Consórcio Hospitalar Da Catalunha, 2013).

Gestão da informação

Como você pode perceber pela descrição dos instrumentos de gestão da atenção, um elemento fundamental para a coordenação entre pontos e níveis assistenciais é a informação compartilhada.

Os sistemas de informação das unidades e dos diferentes níveis de atenção devem permitir aos profissionais dispor da informação clínica necessária para realizar a atenção de qualidade e o compartilhamento da informação, através de sistemas informatizados, é central às estratégias de coordenação. O prontuário único ou compartilhado é o repositório de dados clínicos de cada usuário e deve estar acessível aos clínicos em todos os pontos do sistema de saúde.

Considerando o que você estudou na UA II e neste módulo, é importante relembrar que a introdução de mecanismos de coordenação realiza-se em um contexto específico. Assim, antes da decisão acerca de sua adoção, deve ser feita uma análise dos problemas de fragmentação relevantes, dos mecanismos já existentes e de seu grau de efetividade, bem como uma avaliação de sua adequação aos objetivos propostos (Grifell; Fernandez, 2012).

A elaboração ou adaptação de instrumentos de coordenação consome recursos. Os instrumentos devem ser periodicamente revisados e adaptados a eventuais mudanças organizacionais que vão se produzindo e incorporando mudanças no conhecimento científico e tecnológico, substituindo versões obsoletas. Seu desenho, implantação e adaptações requerem investimento em recursos, tanto econômicos como de tempo dos profissionais envolvidos, ainda que o investimento possa ser compensado a longo prazo.

É bom lembrar também que a mera existência de instrumentos – sua elaboração e difusão – não garante sua utilização, o que só se consegue com o envolvimento e o acordo das equipes profissionais. E finalmente, como já mencionado, a efetividade dos instrumentos de coordenação depende de que sejam implantados como uma estratégia global, amplamente divulgada, acompanhada de estratégias que facilitem a aceitação das mudanças que introduzirão na prática clínica, do constante monitoramento de sua implementação e da avaliação de resultados.

Os elementos dessas estratégias e os condicionantes para sua formulação e implementação serão discutidos no próximo módulo.

Atividade do Módulo 16

Fórum

Volte ao Quadro 3 e discuta com seus colegas de turma as seguintes questões: de acordo com sua experiência/conhecimento, em qual dos 3 cenários – fragmentado, parcialmente fragmentado, integrado – você classificaria o SUS em cada um dos atributos listados? Por quê?

Referências

Grifell, E.; Fernandez, J. L. *Instrumentos de coordenação clínica e gestão de pacientes*. Trabalho apresentado no Seminário Internacional Integração Assistencial em Redes de Atenção à Saúde, mar. 2012, Rio de Janeiro, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. ENSP/Fiocruz.

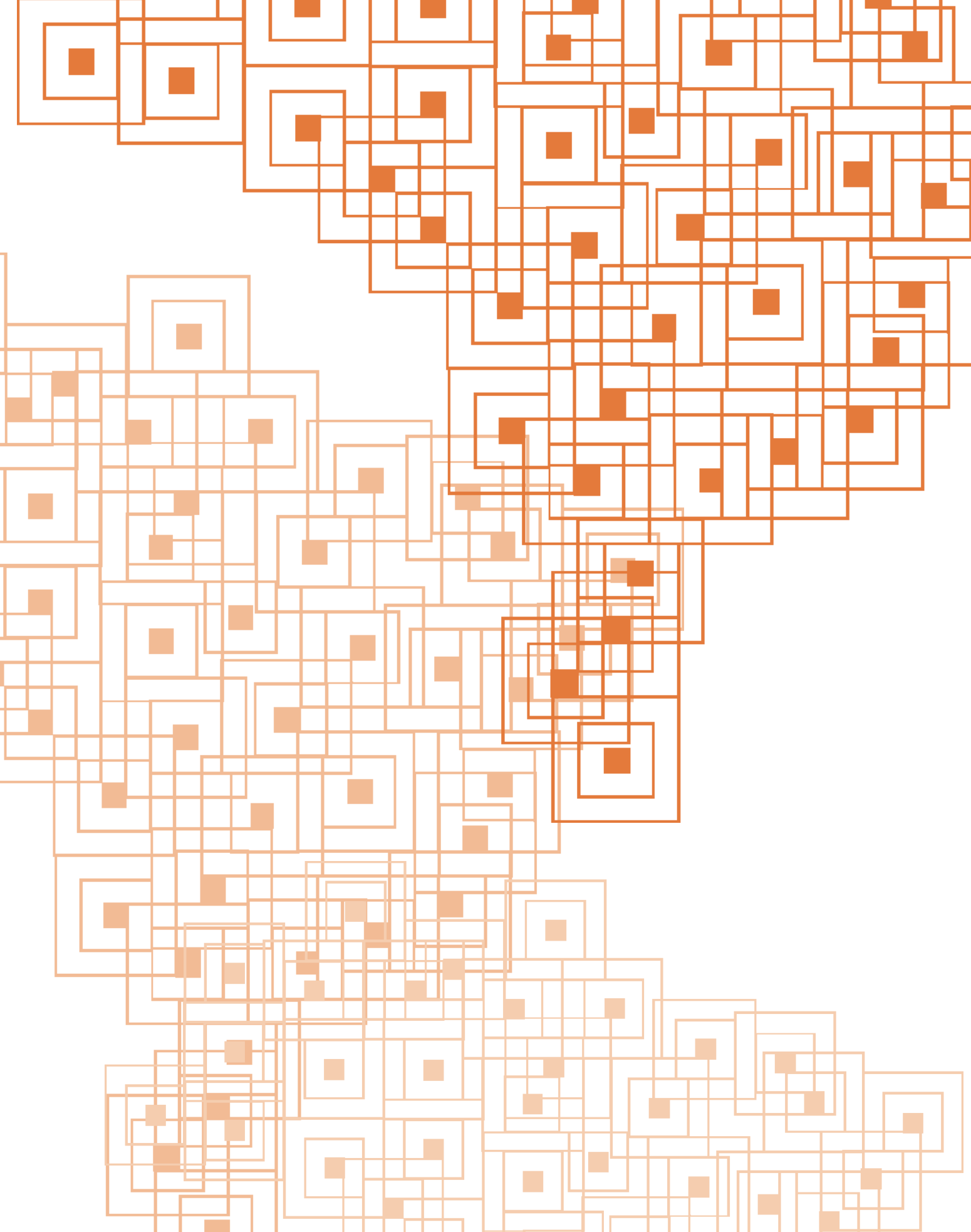
Consórcio Hospitalar da Catalunha. *Organização de serviços médicos de referência em especialidades e mecanismos de coordenação assistencial utilizados em sistemas nacionais de saúde: a experiência da Catalunha*. Rio de Janeiro, 2013.

Kuschnir, R.; Chorny, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

Meneu, R. Experiências de integración clínica: equilíbrio entre gestión de casos e gestión de enfermidades cuando sólo existen enfermos. *In*: IBERN REGÁS, P. (Org.). *Integración assistencial: fundamentos, experiências y vías de alcance*. Barcelona: Masson, 2006.

Organização Pan-Americana da Saúde. *Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de politica y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington, DC, 2008.

Organização Pan-Americana da Saúde. *Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de politica y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington, DC, 2010.



17. Coordenação: condicionantes e instrumentos

Maria Luisa Vazquez Navarrete, Ingrid Vargas Lorenzo, Jose Luis Segu Tolsa e *Rosana Kuschnir*

No Módulo 16, você conheceu os conceitos ligados à integração/coordenação e pôde avaliar as diferentes dimensões às quais se aplicam. Você viu também que mecanismos e instrumentos de coordenação no âmbito de sistemas nacionais de saúde – que se propõem universais e equitativos –, só são eficazes quando inseridos em propostas e estratégias de intervenção sistêmica.

Neste módulo, você conhecerá essas estratégias e os requisitos para a construção da integração/coordenação, base da constituição das redes de atenção, e os instrumentos de política que a autoridade sanitária pode utilizar para esse objetivo.

São apresentados os mecanismos/instrumentos de coordenação assistencial dirigidos à gestão de pacientes, da atenção e da informação, alguns dos quais você conheceu no Módulo 16. Especial atenção é dedicada aos mecanismos de pagamento como estratégia para o alinhamento de incentivos à integração/coordenação.

Além de conhecer os mecanismos/instrumentos apresentados e compreender os condicionantes externos e internos à sua aplicação, é também objetivo deste módulo a reflexão acerca das possibilidades e limitações de seu uso no caso brasileiro e quais os requisitos e instrumentos de política necessários em nosso caso.

Elementos-chave para a construção da coordenação

Você já conhece bem os atributos das redes de atenção que estudou nas UA II e V e reviu no Módulo 16 desta unidade. Considerando esses atributos, em termos práticos, pode-se concluir que a implantação e o desenvolvimento de redes que busquem efetivamente a integração passam por sete elementos-chave:

1) A avaliação do estado de saúde e das necessidades da população coberta

Como você viu na UA V, este elemento é fundamental para estimar o risco e poder oferecer serviços adaptados às necessidades da população. É um elemento igualmente importante para determinar os recursos que serão alocados, os serviços que serão propostos, os objetivos de saúde a serem cobertos e a dimensão da estrutura assistencial necessária.

2) A adoção de uma estratégia conjunta para a rede de serviços

Os processos de planejamento estratégico devem contemplar a visão de todos os membros da rede, sua missão, organização e coordenação. As políticas, os elementos de gestão e a alocação de recursos devem refletir a visão conjunta da rede.

3) A integração clínica

As redes são eficazes na medida em que conseguem integração clínica, ou seja, a integração das atividades de cuidados aos pacientes. Se a ênfase continua focada nos serviços e não nos pacientes, as possibilidades de funcionar de forma integrada no *continuum* assistencial são nulas. A integração clínica se vê facilitada pela integração funcional das atividades de suporte (financeiras, recursos humanos, sistemas de informação etc.); no entanto, a integração dos profissionais só poderá ser realizada na medida em que se identifiquem com o sistema e participem ativamente de sua gestão e planejamento.

4) Desenvolvimento de ferramentas de integração clínica

A transferência ao médico (ou àquele que decide clinicamente) daquela informação relevante para otimizar suas decisões diagnósticas e terapêuticas (programas de gestão de patologias, guias de boa prática clínica, formulários terapêuticos etc., que você conhecerá adiante) é um passo importante para garantir a eficiência do conjunto.

5) Desenvolvimento de elementos econômicos coerentes com os objetivos e que incorporem elementos de co-responsabilização

Significa a transferência do risco derivado de suas decisões clínicas aos provedores de atenção, através do sistema de pagamento, com a finalidade de que sua adesão aos procedimentos mais custo-efetivos seja incentivada.

6) Desenvolvimento de um sistema de informação clínica integrado

Uma rede integrada deve conjugar o financiamento, a coordenação e o *continuum* dos serviços de saúde para uma determinada população. Um sistema de informação integrado de âmbito clínico (isto é, que chegue até os profissionais de saúde) é um suporte básico para o funcionamento desse esquema.

7) Potencialização da atenção primária em saúde

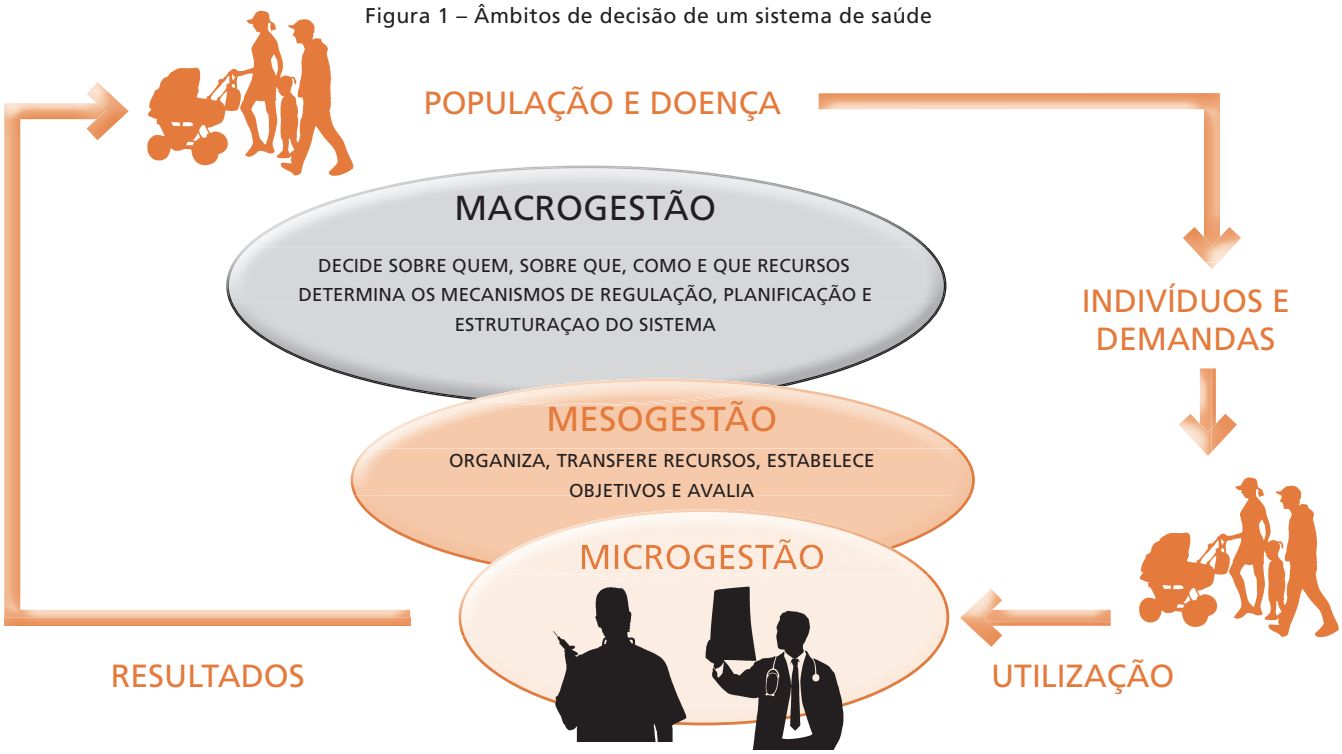
Dentre os mecanismos que a rede pode utilizar para melhorar a eficiência de sua gestão assistencial, a atenção primária é provavelmente o mais relevante, como responsável direto pela saúde da população e constitui-se no lócus em que devem-se resolver a maioria dos problemas, de acordo com critérios de eficiência assistencial no *continuum* de serviços. Esta proposta, do ponto de vista teórico, supõe potencializar esse nível de atendimento, seu papel e seu nível resolutivo.

No entanto, antes de entrarmos na discussão em detalhe de algumas dessas estratégias, é importante considerar que são necessárias algumas condições essenciais para que a rede possa se constituir e funcionar de forma coordenada.

Condições para a coordenação/integração: o papel da autoridade sanitária

Em todo sistema de saúde, poderíamos identificar três âmbitos de decisão, que são representados na Figura 1.

Figura 1 – Âmbitos de decisão de um sistema de saúde



A **macrogestão** define em geral aspectos relacionados com os princípios básicos do sistema, como seus valores, modelo de atenção e os objetivos que devem cumprir-se no sistema através de uma perspectiva populacional.

A **mesogestão** deve exercer o papel de cadeia de transmissão entre os objetivos do sistema e as atuações dos serviços e profissionais prestadores de serviço. O objetivo último deste nível é alinhar serviços/prestadores e objetivos sistêmicos.

Por último, a **microgestão** decide diariamente as intervenções de saúde sobre as demandas expressas. Neste nível, são tomadas a maioria das decisões que pressupõem a utilização de recursos.

Esses três âmbitos estão interrelacionados. Embora se possa dizer que as decisões cotidianas dos profissionais de saúde configurem o espectro de resultados de um sistema de saúde, as decisões que tomam e como

atuam são diretamente condicionadas e influenciadas pelas decisões dos âmbitos da macro e da meso gestão, a quem cabe a responsabilidade pela organização da atenção, inclusive a constituição de redes e a garantia das condições de trabalho.

Assim, ainda que os problemas na provisão da atenção se manifestem nos pontos de atendimento e prestação de serviços, não têm sua origem apenas nesse nível e, em geral, a resposta assistencial é consequência de uma proposta global inadequada em todos os níveis do sistema.

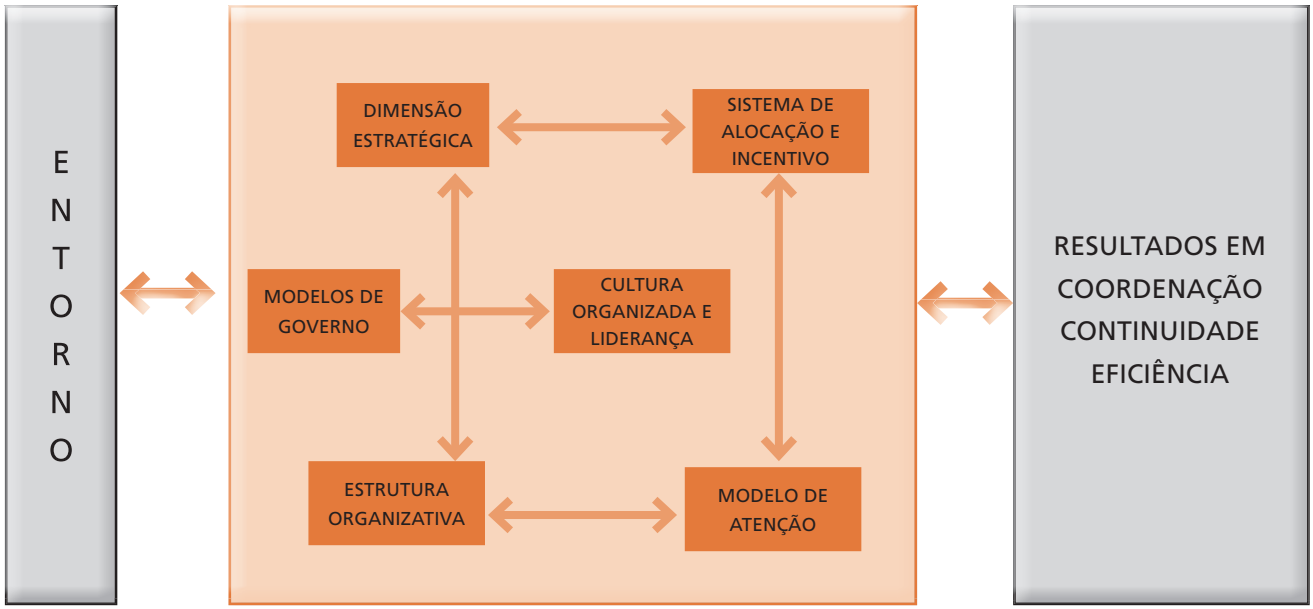
Para praticar

Considerando seu conhecimento/experiência, você teria alguns exemplos de problemas que ocorrem nos pontos de atenção e prestação de serviços, mas que têm origem em outros âmbitos de decisão? Quais?

Anote suas observações no seu Diário de Estudos, no AVA.

Sendo assim, uma rede integrada de serviços requer como condição necessária o desenvolvimento de elementos estruturais, organizativos e culturais de ordem externa e interna. Na Figura 2, são apresentados os elementos que interagem e formam parte da constituição e desenvolvimento de um modelo assistencial integrado.

Figura 2 – Componentes estratégicos de uma rede integrada de serviços de saúde



Fonte: Vázquez & Vargas (2007).

Condicionantes derivados das políticas de saúde estabelecidas pela autoridade sanitária

Os elementos externos à gestão das redes são aqueles estabelecidos pela autoridade sanitária e que condicionam a possibilidade de instituição da rede e da coordenação.

A autoridade sanitária tem entre suas funções fundamentais, a de estabelecer as políticas que determinem as regras do jogo e os objetivos populacionais básicos do sistema de saúde. Da mesma forma, deve desenvolver os mecanismos estratégicos, normativos e regulatórios necessários para alinhar as redes na direção dos objetivos buscados. As principais estratégias e mecanismos utilizados pela autoridade sanitária são:

a) Estratégia e políticas de saúde

A definição de políticas e estratégias de saúde tem por objetivo orientar as decisões do sistema em geral e as dos provedores em particular, para a resolução das principais necessidades de saúde, através da identificação e priorização das intervenções que deve oferecer à população de cobertura. O instrumento básico do planejamento por parte da autoridade sanitária, como você viu na UA V, é o Plano de Saúde. De fato, um verdadeiro plano de saúde tem implícita a decisão de definir uma carteira de serviços – a definição explícita dos serviços que devem ser providos pela rede – as intervenções garantidas à população, em resposta à necessidade de alocar os recursos disponíveis da forma mais eficiente.

b) Normativas de acesso aos serviços

São elementos predeterminados que têm por objetivo definir de que maneira é possível acessar os serviços para garantir o direito à atenção.

c) Mecanismos de acreditação de provedores de saúde

Através destes instrumentos, a autoridade sanitária marca normativamente os critérios mínimos de qualidade (estrutura, processo e resultados) que as redes e seus estabelecimentos devem cumprir para poder desenvolver suas funções no ambiente do sistema de saúde.

As políticas sanitárias e as consequentes medidas regulatórias são fundamentais para a constituição das redes e têm sido bem sucedidas na obtenção da integração entre os diferentes provedores de saúde (Ibern, Calsina, 2001). No Canadá, por exemplo, um sistema nacional que opera redes de atenção nas várias províncias, têm sido introduzidas reformas já há algum tempo, buscando a integração de serviços tais como saúde

mental, atenção domiciliar e serviços sociais, que tradicionalmente operavam de forma mais autônoma (Skelton-Green, Sunner 1997).

d) Condicionantes econômicos

Definem a quantidade e a forma de alocação dos recursos para prover os serviços garantidos. A importância desses recursos não se refere apenas ao montante mas, também, e muito especialmente, à forma como são alocados.

A estratégia de alocação de recursos financeiros deve permitir integrar coerentemente os aspectos derivados das necessidades da população com aqueles referidos à oferta de serviços de saúde. Deve contemplar não apenas o tipo de modelo de atenção desejado (por exemplo, com ênfase no primeiro nível), mas também os valores que devem reger esse modelo: equidade de acesso e eficiência, tanto técnica, como na alocação.

Quando trabalhando com contratos, o mecanismo de pagamento é uma fórmula de comunicação entre o comprador e os provedores, uma vez que constitui um conjunto de sinais para o provedor que o incentivam a comportar-se de uma ou outra forma. Ou seja, é o mecanismo que a autoridade sanitária utiliza para informar aos provedores quais são suas prioridades. Como você verá adiante, cada mecanismo de pagamento gera incentivos distintos, e é fundamental que a autoridade sanitária os utilize de forma a alinhá-los com os objetivos gerais do sistema.

Os objetivos de equidade e eficiência podem ser contraditórios entre si. Por exemplo, é possível que se tenha que manter um serviço/unidade de saúde que não obedeça às economias de escala ideais para garantir acesso a populações específicas, o que leva a uma operação mais ineficiente. Como você viu na UA V, esta decisão, no planejamento, depende do tipo de serviço, da forma que a população ocupa o território e das condições de acesso que podem ou não ser criadas. Políticos e planejadores devem levar isso em conta e decidir qual é o equilíbrio desejado entre equidade e eficiência. Devem também lembrar que os mecanismos de alocação não são instrumentos isolados, mas estão dentro de um modelo de sistema de saúde e acompanham outros instrumentos que devem funcionar como mecanismos de controle de seus possíveis incentivos perversos, como o acordo/compromisso ou contrato de gestão e outros mecanismos de ação pública como a acreditação de provedores.

O modelo de alocação de recursos e de pagamento a provedores tem também uma importância fundamental no processo de integração e coordenação da rede. Os sistemas de pagamento tradicionais que se aplicam de forma independente para cada nível assistencial – paga-

mento por ato, por atividade ou orçamento – retiram o incentivo da coordenação entre níveis assistenciais.

Por isso, o financiamento capitativo vem sendo introduzido recentemente como instrumento que poderia fomentar a cooperação entre provedores (Vargas, 2002). Neste tipo de financiamento, um "ente" se torna responsável por prover toda a atenção em saúde de uma população definida durante um período de tempo determinado em troca de um valor pago por pessoa, a cápita. A definição dessa população pode se dar com base territorial/populacional ou sobre uma base voluntária ou individual. No primeiro caso, estão os sistemas públicos de saúde, e no segundo, os planos privados.

No primeiro caso, o "ente" que recebe a cápita pode coincidir com uma autoridade territorial desconcentrada, como uma região sanitária ou um município. No segundo, os planos utilizam a cápita para remunerar provedores de atenção primária, administradores de fundos ou uma rede de provedores (Vargas Lorenzo et al, 2008).

Teoricamente, o pagamento *per capita* incentiva a rede de provedores a procurar fórmulas para alinhar seus interesses com os objetivos globais da rede, a reduzir custos e a fortalecer a qualidade dos serviços, uma vez que os provedores perceberiam que recebem um único orçamento e que as ações num ponto específico da rede têm repercussão no custo de outros pontos de atenção e no total. Por exemplo, referência para outros níveis, especialmente hospitais.

Para isso, o sistema de alocação deve permitir responsabilizar cada provedor tanto dos custos diretos como dos que induzem sobre o resto da rede, de forma que a rede tentaria tratar o problema de saúde no local mais custo-efetivo, dentro do *continuum* assistencial (Shortell; Gillies; Anderson, 1994).

e) Condicionantes de avaliação e retroalimentação

Supõe mecanismos necessários para avaliar os resultados obtidos na prestação de serviços, tanto desde uma perspectiva sistêmica (resultados agregados que permitam medir o impacto dos serviços na população de cobertura), como desde uma perspectiva individual da rede de serviços, com a finalidade de avaliar a qualidade e quantidade de serviços prestados aos indivíduos.

Fundamental, tanto na administração direta de serviços, como quando trabalhando com contratos, o processo de avaliação a partir da perspectiva do gestor direto/regulador é de extrema importância, uma vez que

esta avaliação deve poder modular as relações econômicas e sanitárias estabelecidas com a rede de prestadores.

Agora que você conheceu os condicionantes externos, que definem a possibilidade de efetivamente instituir as redes, vamos apresentar os elementos mais diretamente relacionados à gestão das redes, que também condicionam a construção da coordenação/integração.

Elementos estratégicos para a gestão de redes

No âmbito interno das redes de atenção, mas determinados pelos condicionantes externos, os elementos que incidem no processo de coordenação assistencial são basicamente: o governo da rede, sua dimensão estratégica ou o conjunto de objetivos e estratégias, sua estrutura organizativa, a cultura organizacional, a liderança e o sistema de incentivos dentro da própria rede.

1. O governo da rede

É o órgão de decisão estratégica da rede, a quem compete determinar seus objetivos, formular políticas internas e tomar decisões com relação à sua organização. É um elemento crítico que poderá dificultar ou facilitar a integração, pois determina seus objetivos, formula políticas internas e toma decisões relativas à organização da rede.

As dimensões do governo são o controle, a estrutura, a composição e o funcionamento (Alexander; Zuckerman; Pointer, 1995). O modelo de governo de uma rede pode adotar múltiplas formas, desde um único órgão corporativo – como no caso dos sistemas integrados americanos –, até múltiplos governos com diferentes distribuições de funções e responsabilidades.

Existe um consenso com relação aos atributos desejáveis para a "boa governabilidade": a responsabilidade global com o sistema e com a comunidade, o pluralismo, o equilíbrio de poderes (Forest et al., 1999), a representação dos médicos nos órgãos do governo (Alexander; Zuckerman; Pointer, 1995) e a coordenação entre os diferentes órgãos do governo.

A **governabilidade** de uma rede requer uma perspectiva sistêmica na tomada de decisões que permita adotar as estratégias mais adequadas para o conjunto e não para um nível ou unidade particular. Os mecanismos que contribuem para melhorar a responsabilidade do governo com o sistema são: a articulação de uma visão global do sistema, a seleção de membros com conhecimento e experiência em todos os setores e sua informação e formação para fortalecer a visão global (Alexander; Zuckerman; Pointer, 1995).

Governabilidade é a capacidade de um sistema para governar-se e, atuando de acordo com os valores assumidos, logre avançar até a visão do propósito estratégico formulado, alcançando progressivamente os seus objetivos e metas.

Dentre os obstáculos que podem dificultar a aquisição de atributos de boa governabilidade numa rede, identificam-se barreiras externas e internas. Entre as primeiras, destacam-se a falta de políticas por parte da autoridade sanitária, os sistemas de pagamento, padrões de acreditação e normativas que impõem restrições a mudanças. Entre as barreiras internas, as mais importantes seriam a falta de entendimento de seus papeis e responsabilidades, a falta de perspectiva do conjunto, a focalização dos interesses próprios, o medo de mudanças e o desejo de preservar a autonomia, os papéis e responsabilidades históricos.

2. A dimensão estratégica

Integração organizativa da rede é a coordenação entre as unidades que devem trabalhar juntas e é determinada pela forma como se agrupam as atividades, os mecanismos que são utilizados para sua coordenação e o grau de descentralização existente.

Em relação à dimensão estratégica, a existência de uma missão, visão, metas, objetivos e estratégias conjuntas são fundamentais para a integração organizativa da rede, uma vez que oferecem um vínculo comum a todas as ações que se desempenham a longo prazo (Casanueva; García 1999).

As estratégias globais da rede deverão estar orientadas à busca de seus objetivos fundamentais: a coordenação dos serviços necessários para atender o paciente e a prestação dos serviços no local mais custo-eficiente. No Quadro 1, há um resumo das estratégias que são consideradas mais efetivas para melhorar a coordenação e a eficiência de uma rede.

Quadro 1 – Estratégias globais para melhorar a coordenação e eficiência da rede

Objetivo	Estratégias
Coordenação	Planejamento estratégico para toda a rede (Shortell, 2000). Criar uma cultura comum (Coddington; Moore; Fischer, 1996; Conrad; Dowling, 1990; Shortell, 2000). Alinhar os incentivos (Coddington; Moore; Fischer, 1996; Shortell, 2000). Desenvolver sistemas de informação integrados (Coddington; Moore; Fischer, 1996; Shortell, 2000). Estratégias de gestão da atenção (Conrad; Dowling, 1990). Programas de formação (Conrad; Dowling,1990).
Eficiência	Reduzir a variabilidade da prática clínica (Coddington; Moore; Fischer, 1996). Implementar programas de melhora contínua da qualidade (Shortell, 2000).
Ambos	Reforçar o papel da atenção primária (Coddington; Moore; Fischer, 1996). Desenvolver e implementar um sistema de monitoramento do desempenho da rede (Gillies; Shortell; Young, 1997).

Como você viu na UA V, muitas vezes o planejamento, inclusive o estratégico, se resume à elaboração de um simples documento, sem compromisso real com a intervenção e a mudança. Para que isso não aconteça, é necessário implantar uma estratégia que requer (Peters, 1989):

- Alinhar estrategicamente o sistema, ou seja, realocar os recursos de acordo com as estratégias e estabelecer incentivos para que as decisões sejam tomadas em linha com as estratégias.

- Realizar as mudanças organizativas pertinentes, com a atribuição e definição de novas tarefas e a necessária formação em novas habilidades e conhecimentos.

- Manter um rigoroso controle de resultados, com acompanhamento constante para analisar como estão sendo alcançados os objetivos.

3. A estrutura organizativa

Ao longo do *continuum* assistencial, a coordenação poderá ser facilitada ou dificultada, dependendo do tipo de estrutura ou desenho organizativo da rede e das unidades que a compõem. A coordenação entre unidades que devem trabalhar juntas, ou integração organizativa, é determinada pelo modo como se agrupam as atividades e pelos mecanismos que são utilizados para coordená-las, assim como pelo grau de descentralização presente na organização. A combinação destes elementos determina o tipo de desenho organizativo.

As atividades essenciais de uma organização sanitária são de três tipos:

- Direção – relativas ao planejamento, organização, direção e controle;

- Operativas – atividades assistenciais fundamentais da organização;

- Apoio – seja assistencial ou não.

Estas atividades agrupam-se em unidades segundo dois critérios básicos: o **mercado** e as **funções** (Mintzberg, 1990).

MERCADO – Todas as atividades agregam-se em torno de um processo de produção, isto é, aquelas necessárias para elaborar um produto ou serviço ficam dentro da mesma unidade. Por exemplo, uma unidade de diabetes que inclui atividades e profissionais de diferentes níveis assistenciais envolvidos diretamente na atenção à diabetes.

FUNÇÕES – As atividades se agrupam segundo âmbitos de experiência específicos, competências utilizadas para produzir os produtos ou serviços. Por exemplo, o agrupamento com base em especialidades (medicina interna, pediatria, enfermaria etc.). Esta última tem sido a base de agrupamento clássico das atividades assistenciais nas organizações de saúde.

Um caso de unidade de saúde com atividades agrupadas por funções seria um hospital organizado por especialidades, como, por exemplo, serviços de clínica médica, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia ortopédica, enfermagem etc.

Já um exemplo de hospital com atividades agrupadas por mercado seria o organizado por nível de cuidado. Neste caso, os pacientes são cuidados em enfermarias organizadas por nível de cuidado – menor, médio e intensivo – independente da especialidade. Como a lógica de organização de uma unidade de terapia intensiva aplicada a todo o hospital. É uma forma de organização menos comum, por não se harmonizar com a lógica da formação médica. É mais facilmente encontrada em hospitais privados de corpo clínico aberto, isto é, embora mantendo corpo clínico próprio, também permitem a qualquer médico internar seus pacientes.

Para refletir

Considerando as unidades de saúde que conhece, você poderia imaginá-las organizadas de forma diferente da tradicional – por serviços por especialidades? Qual seria a dificuldade que você imagina que existiriam para alcançar uma organização do tipo "de mercado"? Você acha que uma organização desse tipo seria mais condutiva à integração do cuidado?

O agrupamento constitui um meio em si mesmo para coordenar as atividades e postos de uma organização, uma vez que estimula a comunicação informal (adaptação mútua) entre os indivíduos que fazem parte da unidade e estabelece um sistema de supervisão comum entre os postos que ficam englobados na unidade.

As organizações também utilizam sistemas de planejamento para coordenar as atividades e unidades. Eles podem ser de dois tipos:

- **Sistemas de controle do rendimento:** nos quais são negociados os objetivos e orçamentos com cada unidade, e se controla o resultado. São mais eficazes quando as unidades estão agrupadas por mercados, já contêm as atividades necessárias para produzir um determinado resultado, e podem ser estabelecidos objetivos vinculados ao processo.

- **Sistemas de planejamento de ações:** nos quais os objetivos globais da organização vão-se concretizando em objetivos, programas e ações específicas para cada uma das unidades. São mais eficazes para unidades agrupadas com base em funções, nas quais é mais complexo fixar objetivos globais sobre o processo.

4. A cultura organizacional

Dimensão básica que exerce influência na coordenação de uma rede, define-se como cultura de um grupo o padrão de pressupostos básicos que o grupo encontrou para resolver os problemas de adaptação externa e de integração interna, e que têm sido suficientemente eficazes para serem considerados válidos e transmitidos aos novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir com relação àqueles problemas (Shein, 1992). A cultura guia a adaptação da organização ao entorno (adaptação externa) e constitui um elemento de coesão e identificação entre os membros da rede, contribuindo para a integração entre eles (integração interna).

A integração assistencial será fortalecida pela existência de uma cultura comum e pela presença de valores orientados à coordenação, como a colaboração, o trabalho em equipe e a orientação a resultados (Kornacki; Silversin, 1998).

A utilização de mecanismos de coordenação entre diversos grupos (especialmente o emprego de dispositivos de ligação/enlace, a existência de uma imagem para toda a rede, a implementação de Programas de Melhoria Contínua da Qualidade e a utilização de incentivos econômicos que fomentem o comportamento cooperativo (Kornacki; Silversin, 1998) também fariam parte das estratégias para fomentar uma cultura organizacional única.

5. A Liderança

Os líderes das organizações desempenham um papel-chave na mudança organizativa e na adoção, por parte dos membros da organização, da missão e estratégias baseadas na integração clínica. Um dos aspectos-chave no processo de integração é a existência de uma liderança clara que seja capaz de comunicar a missão, os objetivos e as estratégias do sistema e de buscar mecanismos que tornem possível o aprendizado das atividades que apóiam esta visão (Kornacki; Silversin, 1998).

6. Sistema de incentivos dentro da própria rede

São fundamentais para que possam ser alinhados os objetivos dos vários componentes da rede, de forma a incentivar a coordenação/integração. Entre os mais importantes, estão os sistemas de pagamento, que você verá em detalhes adiante.

Agora que você já conhece os elementos internos e externos à rede que condicionam a construção da coordenação, vamos conhecer os mecanismos e instrumentos de coordenação.

Construindo a coordenação assistencial

A coordenação ao longo do *continuum* assistencial requer a organização da assistência do ponto de vista do trabalho conjunto, ou seja, a distribuição do trabalho com designação de papéis e tarefas aos diferentes profissionais e níveis assistenciais (Wagner; Austin; Vonkorff, 1996). O modelo de interação entre níveis assistenciais e profissionais atuando nos diferentes níveis que será adotado depende de diversos fatores, entre os quais a complexidade das necessidades do paciente, o modelo organizativo e a cultura de colaboração dos profissionais.

Podem ser estabelecidos três possíveis modelos de interação entre os diferentes níveis assistenciais de uma rede (Lorenz; Mannksch; Gawinski, 1999). Os modelos podem coexistir e geralmente coexistem numa mesma rede, dependendo do tipo de paciente e de suas necessidades assistenciais:

- **Provisão paralela:** se produz quando a divisão das tarefas entre profissionais é clara, e a resolução do problema de saúde não requer uma colaboração significativa. Cada nível assistencial pode trabalhar independentemente, e só se requer a coordenação na informação.

- **Gestor consulta:** neste modelo, um nível assistencial atua como gestor do paciente, e os demais níveis intervêm no processo pontualmente, para dar um conselho ou fazer uma intervenção. É o caso do modelo assistencial em que a atenção primária atua como porta de entrada ao sistema. O médico da atenção primária atua como gestor e coordenador da atenção ao paciente, e o especialista, como consultor (Starfield, 2002).

- **Co-provisão da atenção**: este modelo supõe a responsabilidade partilhada entre os profissionais que intervêm na resolução do problema de saúde. Exemplos deste modelo são os grupos de trabalho interdisciplinares para as terapias de reabilitação em que os profissionais fixam, de forma conjunta, os objetivos e a intervenção que deverá ser implementada (Mickan; Rodger, 2000); ou a chamada atenção compartilhada (*shared care*), na qual há participação conjunta dos médicos da atenção primária e dos especialistas no planejamento da atenção para os pacientes crônicos (Hickman, 1996).

Para praticar

Considerando os três modelos acima, de que maneira, a seu ver, se organiza a assistência em seu entorno de trabalho? Como se dá a interação entre os níveis assistenciais?

Cite exemplos.

Anote suas observações no seu Diário de Estudos, no AVA.

O modelo de co-provisão é o mais efetivo para processos complexos que requerem intensa colaboração entre profissionais de diferentes âmbitos. Um exemplo é o cuidado oncológico, especialmente em suas fases diagnóstica e terapêutica, como você viu no exemplo mostrado no Módulo 16, do Corredor Rápido de Diagnóstico de Câncer. Para os demais processos, o modelo assistencial da rede determinará o papel de cada nível na resolução do caso: se a responsabilidade é assumida pela atenção primária ou se será atribuída à especializada.

O modelo de organização assistencial dos serviços será definido por dois aspectos centrais: o papel da atenção primária e o papel da equipe multidisciplinar. A delegação de tarefas a profissionais não médicos – desde que formem parte da equipe de atenção ao paciente – é outro dos aspectos que definem o modelo organizativo. São numerosos os argumentos a favor de ampliar as funções dos profissionais de enfermagem na atenção a pacientes crônicos (Wagner; Austin; Vonkorff, 1996a, 1996b).

Instrumentos de coordenação assistencial

Um aspecto crítico da coordenação assistencial numa rede é a combinação de instrumentos que são utilizados para "harmonizar" as atividades necessárias para atender ao paciente. Não existe uma combinação ideal de mecanismos de coordenação, isso dependerá de cada situação e do grau de incerteza, especialização e interdependência das tarefas.

Tradicionalmente, as organizações sanitárias têm utilizado a normatização, especialmente das funções dos profissionais. Nos últimos anos, – como consequência também da crescente pressão para conter custos e melhorar a qualidade assistencial – os provedores sanitários começaram a padronizar os processos e resultados assistenciais (Longest; Young, 2000).

Em situações de incerteza, elevada especialização e/ou alto grau de interdependência entre as atividades para atender ao paciente, podem ser utilizadas estratégias de coordenação baseadas na adaptação mútua. O Quadro 2 apresenta os mecanismos de coordenação assistencial mais comumente usados.

Quadro 2 – Tipos de mecanismos de coordenação assistencial

Base de coordenação	Mecanismos de coordenação	Mecanismo de coordenação assistencial
Normalização	De processos de trabalho	Guias de prática clínica, mapas de atenção, guias farmacológicas, planejamento da alta.
	De funções	Sistema de *expert*: formação continuada, alternativas à consulta tradicional.
	De resultados	Padronização de resultados.
Adaptação mútua	Comunicação informal	*E-mail*, correio, *web*, telefone, reuniões informais.
	Postos de comunicação	Gestor de casos.
	Grupos de trabalho	Grupos multidisciplinares interdisciplinares e transdisciplinares.
	Sistema de informação vertical	Sistema de informação clínica.
	Estrutura matricial	Gestor de projetos. Estrutura matricial.

Postos de comunicação são postos ou profissionais que fazem a "ligação" para coordenar o trabalho assistencial entre dois ou mais níveis de atenção, como, por exemplo, um consultor de medicina interna ou uma enfermeira de enlace.

Sistemas de informação vertical são os sistemas de informação clínica através do quais se conectam pacientes e provedores ao longo do *continuum* assistencial. Inclui o sistema integrado de registros clínicos, ferramentas de suporte à decisão clínica e o sistema de análise de informação de resultados que dão suporte à prática médica.

A seguir, são detalhados alguns dos instrumentos mais comumente usados.

A normalização dos processos de trabalho

Entre os mecanismos de normalização de processos para coordenar a atenção ao longo do *continuum* assistencial, destacam-se os planos ou protocolos que declaram explicitamente que tipo de atenção deve ser prestada ao paciente, em que intervalos e por quem (Wagner; Austin; Vonkorff, 1996b). Embora adotem nomes e formas diversas, três exemplos básicos podem ser mencionados: os guias de prática clinica, os mapas de atenção e os guias farmacológicos compartilhados.

Os **Guias de Prática Clínica** (GPC) são recomendações sistemáticas, baseadas na melhor evidência científica disponível, para orientar as decisões dos profissionais e dos pacientes sobre as intervenções sanitárias mais adequadas e eficientes na abordagem de um problema específico de saúde, em circunstâncias concretas (Grifell; Carbonell; Infiesta, 2002). Contêm todas as atividades que devem ser realizadas no cuidado a uma determinada patologia, definindo o nível assistencial em que cada atividade é mais eficiente. Inclui um sistema de avaliação do processo e dos resultados, assim como de seu grau de utilização.

Na biblioteca do Curso você poderá encontrar a publicação *Melhorando a gestão clínica. Desenvolvimento e Implantação de guias de prática clínica*, de autoria de Griffel, Carbonell & Infiesta, que detalha todos os passos para a elaboração de GPC.

Os **mapas de atenção**, trajetórias clínicas ou protocolos são planos de gestão da atenção que fixam os objetivos para o cuidado aos pacientes. Indicam a sequência das intervenções a serem realizadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais para atingir os objetivos desejados num determinado tempo (Longest; Young, 2000). Seu objetivo é minimizar custos e tempos de espera bem como maximizar a qualidade da atenção de um episódio único de doença (Plocher et al., 2001).

Um tipo específico de mapa de atenção é o planejamento da alta hospitalar, que define a provisão de serviços e o seguimento e avaliação do paciente após a alta hospitalar (Hampson; Roberts; Morgan, 1996), exemplo que você viu no Módulo 16.

Um **guia farmacológico compartilhado** descreve o consenso acerca do tratamento farmacológico para determinadas patologias, bem como elementos de monitoramento e comunicação. Algumas vezes são transformados em ferramentas *on-line* acessíveis aos médicos no momento de realizar a prescrição/acompanhamento do uso de medicamentos.

Na biblioteca do Curso você poderá encontrar o texto "Estratégias das Organizações de Saúde para Melhora da Utilização de Medicamentos" de autoria de Arantxa Catalán, que narra a experiência da Catalunha com a adoção de guias farmacológicos compartilhados.

A efetividade desses instrumentos depende de que sejam implantados como parte de uma estratégia global, amplamente divulgados, tenham sua utilização e utilidade monitoradas e sejam atualizados quando necessário (Wagner; Austin; Vonkorff, 1996b). Fundamental também é a participação dos profissionais na sua elaboração e a vinculação entre os resultados esperados de sua aplicação e políticas de avaliação de desempenho e reconhecimento profissional.

A normalização de funções: o sistema experto

O sistema experto é constituído por estratégias que contribuem para incrementar o conhecimento dos médicos da atenção primária e, desta maneira, melhorar a coordenação entre níveis assistenciais.

São estratégias complementares ao processo de referência da atenção primária ao especialista e que ajudam a melhorar a capacidade resolutiva da APS e, consequentemente, a eficiência do sistema. Inclui, por exemplo (Wagner; Austin; Vonkorff, 1996a):

- a formação de grupos de especialistas que atuem como expertos de referência para os médicos de atenção primária;
- especialistas que trabalham nos centros de atenção primária como expertos locais, formando os médicos da APS e conhecendo seu contexto;
- a visita clínica conjunta e/ou sessões clínicas para analisar casos concretos.

Estas estratégias podem ser parte de um plano global de formação contínua (Wagner; Austin; Vonkorff, 1996b), se forem aplicadas de forma sistêmica para atingir os objetivos definidos. São métodos considerados os mais eficazes para modificar a prática médica por serem personalizados, baseados nas necessidades individuais de aprendizagem e requererem a participação ativa do clínico (Grol, 2004). Para favorecer a comunicação e conhecimento mútuo em prol de uma maior coordenação, alguns autores recomendam que, na formação continuada dos médicos da atenção primária, se contemple sua rotação pelos diferentes serviços de atenção especializada e, na formação dos especialistas, se destine um tempo de permanência na atenção primária (Grol, 2004).

Para praticar

Estas estratégias têm sido utilizadas no Brasil. Você conhece algum caso? Considera que poderiam ser estratégias úteis para aumentar a capacidade de resolução da APS atuando em seu território? Vê limitações à sua implantação? Quais?

Anote suas respostas no seu Diário de Estudos, no AVA.

A adaptação mútua: comunicação informal, dispositivos de ligação e grupos de trabalho

A coordenação baseada em mecanismos de adaptação mútua inclui a utilização da comunicação informal para transferir informações relevantes do paciente entre profissionais ou unidades mediante a utilização de diversas vias, como o correio eletrônico, o telefone, as reuniões

informais etc. Além disso, as redes podem utilizar outros dispositivos de ligação, como grupos de trabalho, postos de comunicação, a estrutura matricial ou a introdução de sistemas de informação vertical.

No âmbito sanitário, os grupos de trabalho formados tradicionalmente para melhorar a coordenação da atenção são constituídos por um pequeno número de pessoas com habilidades complementares comprometidas com propósitos, objetivos e metodologias para alcançar esses objetivos comuns, pelos quais são responsáveis (Smith, 1998).

Segundo o grau de colaboração estabelecido, podem distinguir-se três tipos de grupos (Mickan, S.; Rodger, 2000):

- grupos multidisciplinares, nos quais os profissionais trabalham em forma paralela, com uma definição de papéis, tarefas e hierarquias; mantêm nível de autonomia profissional elevado e baixa colaboração. São os mais comuns no âmbito sanitário;

- grupos interdisciplinares, em que os profissionais se reúnem regularmente para coordenar o tratamento dos pacientes, fixam objetivos e realizam intervenções conjuntamente; costumam designar um membro para a comunicação com o paciente. São mais comuns em terapias de reabilitação;

- grupos transdisciplinares, em que todos os membros contribuem consensualmente no plano individualizado para o paciente; um ou dois membros são designados como agentes para a intervenção, maximizam a prática colaborativa e minimizam a autonomia dos profissionais.

A utilização de um ou de outro tipo de grupo depende do nível de colaboração que o problema demande. Para que um grupo seja efetivo na gestão coordenada do paciente, há alguns requisitos (Mickan, S.; Rodger, 2000):

- deve ser pequeno;

- possuir a combinação correta de funções e experiência;

- estar comprometido com um propósito e objetivos de desempenho, pelos quais o grupo deve ser coletivamente responsável;

- comunicar-se regularmente;

- adotar uma abordagem comum;

- cada membro deve ter um papel dentro do grupo;
- partilhar um conjunto de normas para guiar a atividade do próprio grupo.

Estratégias de Gestão da Atenção

Na UA II e no Módulo 16 desta UA, você aprendeu que, nas últimas décadas, diferentes sistemas de saúde têm implementado estratégias para gerir coordenadamente a atenção a pacientes com necessidades complexas que requerem uma colaboração mais estreita entre diferentes níveis assistenciais e que utilizam simultaneamente diversos instrumentos de coordenação. Entre elas, destacam-se os programas de gestão de doenças e a gestão de casos.

Programas de gestão/gerenciamento de doenças (PGD)

Os Programas de Gestão de Doenças (PGD) são sistemas coordenados de informação e intervenções sanitárias para grupos populacionais afetados por doenças crônicas específicas e que compartem o valor dos autocuidados para seu tratamento e controle. (Peiró, 2003). Esses programas buscam permitir que os responsáveis pela prevenção, diagnóstico e tratamento da doença acordem padrões, pessoal e custos decorrentes para prover a atenção (Pilnick; Dingwall; Starkey, 2001).

Os programas de gestão de doenças têm seu foco em pacientes com diagnósticos específicos e são orientados às doenças com as seguintes características (Pilnick; Dingwall; Starkey, 2001):

- elevada prevalência;
- necessitam atenção intensiva;
- custo elevado;
- gasto alto em prescrição farmacológica;
- intervenções cujos resultados possam ser mensuráveis e para os quais tenham sido descritas variações significativas na prática clínica.

Os programas mais amplamente desenvolvidos são os dirigidos principalmente ao diabetes, seguido da asma e da insuficiência cardíaca congestiva.

A coordenação assistencial ao longo do episódio é baseada na padronização de processos fundamentais, através de protocolos e guias apoiados em evidencias empíricas (Lawthers et al., 2003). No entanto, os programas, até por terem sido desenvolvidos inicialmente no âmbito do sistema americano, de tipo privado e que não opera com redes, colocam pouca ênfase na coordenação com os serviços comunitários, sociais, familiares e de suporte (Chen et al., 2000).

Os guias e protocolos dos programas de gestão de doenças devem incluir (Chen et al., 2000):

- identificação sistemática da população de risco;
- educação sanitária, para melhorar a capacidade de decisão e autocuidado dos pacientes. Pode incluir o envio de cartas, a distribuição de cartilhas orientadas aos pacientes com recomendações de tratamento, seminários, visitas individuais e outras estratégias;
- modelo de prática integrado e colaborativo, com uma equipe multidisciplinar formada por clínicos, profissionais de enfermagem, provedores, pessoal de apoio e outros;
- informação e retroinformação aos pacientes e médicos. Aos médicos, proporciona usualmente listagem dos pacientes com a doença e as datas em que receberam os serviços recomendados. Para os pacientes, pode-se incluir o envio do histórico sobre o plano de atenção, com os objetivos e recomendações de tratamento;
- indicadores de atividade e rendimento (processo e resultados) para o programa, incluindo os indicadores clínicos, de utilização de serviços, de custos, de estado funcional ou autopercepção de saúde e de satisfação;
- sistemas de informação: para identificação e estratificação dos pacientes, para conhecer os serviços utilizados e avaliar o rendimento do programa.

Gestão/gerenciamento de casos (GC)

A gestão de casos (GC) é a provisão de atenção contínua ao longo de diferentes serviços, através da integração e coordenação de necessidades e recursos em torno do paciente (Smith, 1998). Difere da gestão da doença, basicamente, porque centra sua atividade mais nos pacientes individuais e suas famílias do que na população de pacientes com uma doença concreta.

É dirigida a pessoas com nível de risco elevado, que demandam atenção de alto custo, são vulneráveis ou apresentam necessidades de saúde e sociais complexas (Smith, 1998). Por exemplo: idosos frágeis com alguma doença crônica; pacientes com múltiplas doenças crônicas ou necessidades de saúde complexas; com risco elevado por desequilíbrio psicológico ou psicossocial; com um problema agudo sério com risco de apresentar efeitos graves a longo prazo.

Este tipo de pacientes costuma apresentar uma combinação de problemas sociais e sanitários como, por exemplo: dependência funcional, diabetes e/ou problemas cardíacos combinados à falta de suporte familiar e/ou pobreza (Chen et al., 2000).

A gestão de casos baseia-se principalmente na figura do gestor de casos, que exerce papel de coordenador da atenção a um paciente específico ao longo do *continuum* assistencial, buscando atingir os resultados clínicos e econômicos desejados (Hill, 1998). Implica negociar, procurar e coordenar os serviços e recursos necessários; intervir nos momentos oportunos do *continuum* de cuidados ao paciente, buscando evitar, por exemplo, internações hospitalares ou serviços especializados com custos elevados e trabalhar em colaboração com o restante dos profissionais que dão atenção ao paciente (Hill, 1998). Esta atividade normalmente é exercida por uma enfermeira com formação clínica adequada (Chen et al., 2000), com conhecimento da população alvo, do modo de trabalhar do sistema e capaz de reconhecer e atender as necessidades não cobertas dos pacientes (Smith, 1998).

Existem múltiplas classificações de programas de Gestão de Casos (Smith, 1998). Destacamos duas: aquela que faz a distinção entre os GC baseados num grupo de trabalho e os GC que não operam com grupos. No primeiro caso, o gestor de casos está integrado à equipe de atenção primária; no segundo, trabalha de maneira individual. A comunicação e colaboração entre os gestores de casos e o restante dos profissionais resulta mais fácil no primeiro caso (Chen et al., 2000).

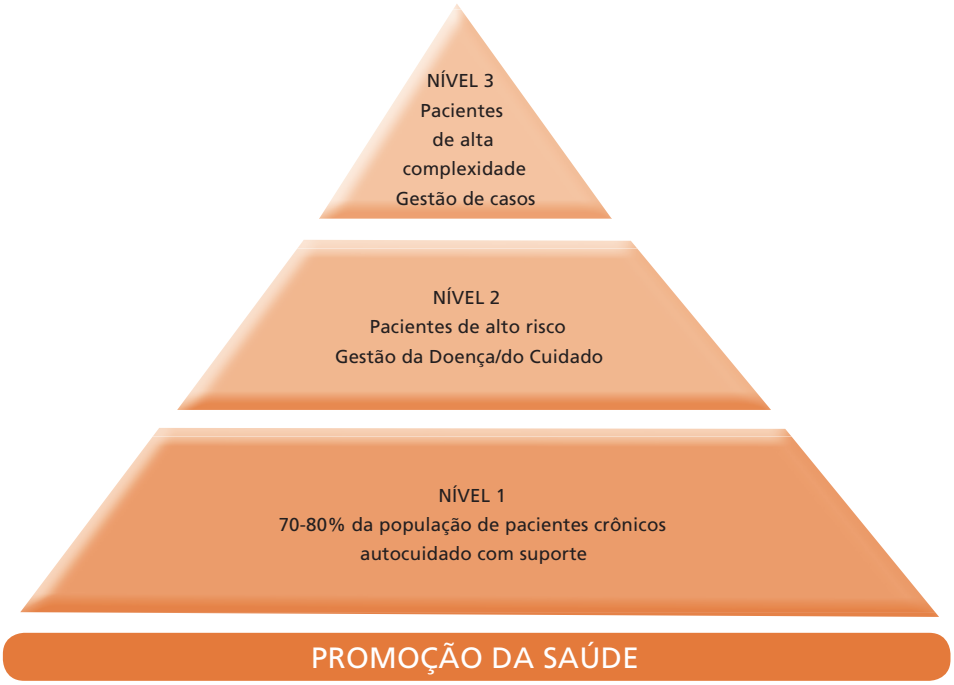
Segundo Chen et al. (2000), os elementos que devem conter este tipo de estratégia para que sejam eficazes na coordenação da atenção e contribuam na redução dos custos totais do sistema são:

- identificação de pacientes com risco elevado e avaliação de suas necessidades (por exemplo: comorbidades, medicação etc);

- planejamento individual da atenção ao paciente, orientada a problemas ou objetivos concretos, que incorpore a contribuição multidisciplinar – médicos de APS, trabalhadores sociais, farmacêuticos etc. – e contemple as intervenções necessárias. Devido à natureza social ou funcional de muitos dos problemas, os serviços comunitários desempenham um papel-chave nas intervenções necessárias (suporte em domicilio, serviços de transporte, programa de renda mínima etc.);
- comunicação e coordenação com os demais profissionais que atendem ao paciente nos serviços de saúde e sociais, com o próprio paciente e com sua família;
- educação sanitária individualizada do paciente sobre seus problemas e o autocuidado;
- avaliação periódica do paciente e o ajuste do plano de atenção, se necessário.

No Brasil, as estratégias de gestão casos e gestão de doenças têm se desenvolvido com mais vigor no setor da saúde suplementar. Através do *site* da Agência Nacional de Saúde Suplementar, é possível obter informações acerca desses programas, desenvolvidos por operadoras em todo o país. Acesse em http://www.ans.gov.br/espaco-da-qualidade/promoprev

Figura 3 – Gestão de Doenças Crônicas de acordo com o nível de risco: adaptação da pirâmide da Kaiser Permanente pelo NHS britânico



Fonte: Department of Health (UNITED KINGDOM, 2005).

Sistemas de informação clínica e seu papel na coordenação assistencial

Um dispositivo de ligação que merece especial atenção numa rede é o sistema de informação que conecta a pacientes e provedores ao longo do *continuum* assistencial (Shortell; Gillies; Anderson, 1994).

O sistema de informação de uma rede inclui quatro subsistemas distintos:

- de planejamento e análise, que também mede resultados e a utilização de serviços;
- de informação operacional sobre a trajetória do paciente (admissão, alta, referência);
- de informação econômica (faturamento, custos, etc);
- de informação clínica.

Considerando o sistema de informação clínica de uma rede, suas características básicas são:

a) Constituir um sistema integrado de registros clínicos ao longo do *continuum* assistencial

O sistema de informação de uma rede deve conter informações longitudinais do paciente que permitam aos profissionais a gestão da atenção em todas as unidades que façam parte da rede. Deve conter informação clínica e demográfica chave do paciente (Jacobsen; Hill, 1999) e ser acessível aos profissionais envolvidos no cuidado do paciente (médicos da atenção primária, especialistas, urgências) desde todos os pontos do sistema (Coddington; Moore; Fischer, 1996). A integração desta informação contribui para melhorar a coordenação assistencial e a continuidade.

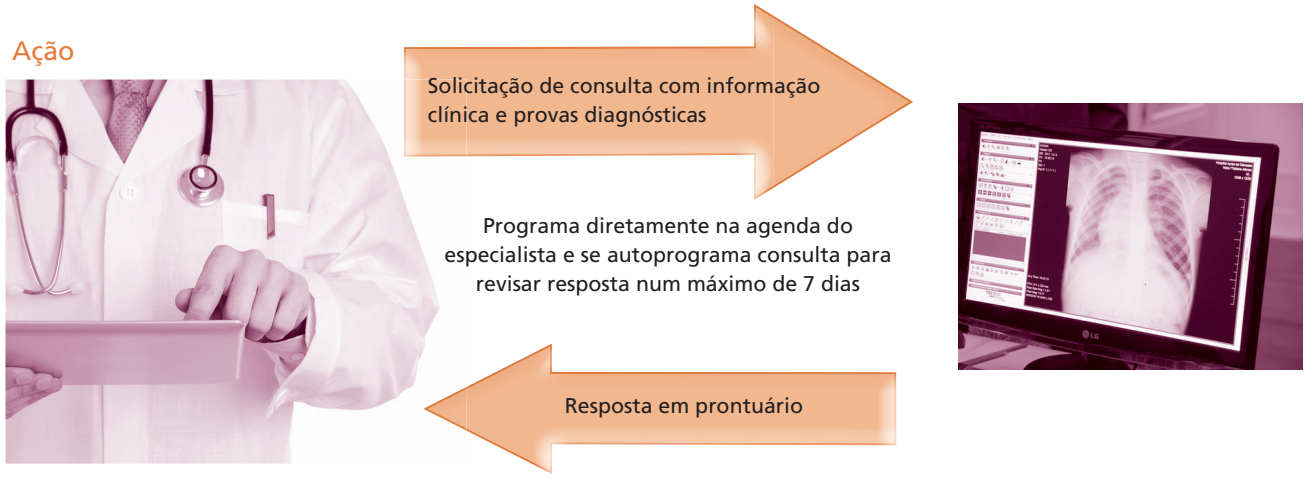
b) Incluir ferramentas de suporte à decisão clínica

A utilização da informática no campo da saúde tem permitido o desenvolvimento de Sistemas Computadorizados de Orientação das Decisões Clínicas (SCOD) que são "sistemas de conhecimento que utilizam dados do paciente para gerar um conselho específico para o caso" (Johnston et al., 1994). O objetivo pode ser facilitar uma identificação mais exata do diagnóstico, determinar a medicação e a dose apropriada, melhorar a qualidade das atividades preventivas (Kilbridge, 1998) ou melhorar a qualidade da atenção clínica. Um exemplo é a informatização de Guias de Prática Clinica ou outros sistemas de ajuda, que permitem incorporar

um modelo de revisão que coopere com a tomada de decisões baseadas nos padrões e critérios desenvolvidos. Permite, entre outras possibilidades, a automatização de alertas e lembretes e a captura de resultados-chave e dados anormais. A incorporação desses sistemas contribui para melhorar significativamente a prática médica (Jhonston et al., 1994).

Figura 4 – Consulta Virtual sem Paciente

Objetivo – Melhorar a acessibilidade à consulta do médico especialista, evitando demoras e deslocamentos desnecessários, através da informação clínica.



c) Permitir a análise de informações de resultados que dêem suporte à pratica médica

O sistema deve prover informações sobre resultados que permitam melhorar a gestão coordenada da atenção à população. Existe um amplo consenso com relação à necessidade de um monitoramento regular da prática médica, tanto para o desenvolvimento profissional, como para a melhoria da qualidade da atenção (Grol, 2004).

No entanto, duas questões devem ser consideradas: a dificuldade na medição da qualidade da atenção e a forma mais efetiva de dar o retorno dos resultados.

O efeito que a retroalimentação acerca da qualidade da atenção pode produzir depende de vários fatores, como idade do médico (os médicos em formação são mais receptivos), o canal de comunicação (a comunicação pessoal é mais efetiva), o transmissor da informação (um líder de opinião respeitado pelos profissionais é mais aceito) e a credibilidade da informação utilizada para o processo de avaliação (baseada na evidência) (Grol, 2004; Wagner; Austin; Vonkorff, 1996a, 1996b).

Estratégias de implantação de um sistema de informação clínica

Para sua implantação, é fundamental o desenvolvimento de um plano estratégico do sistema de informação, no qual se identifiquem as prioridades da rede e a alocação de recursos e se provejam os recursos-chave para orientá-lo no sentido da melhoria da coordenação e da continuidade assistencial (Jacobsen; Hill, 1999).

A criação de grupos de trabalho para definir as necessidades e tomar decisões estratégicas permite envolver os profissionais no desenvolvimento do sistema (Coddington; Moore; Fischer, 1996). Já o uso extensivo do sistema de informação requer treinamento dos profissionais sanitários, demonstrando que com esta nova ferramenta poderão fazer um uso mais eficiente de seu tempo (Artalejo et al., 2003).

Mecanismos de pagamento como elemento de integração em uma rede

Os mecanismos de pagamento são elementos estratégicos e condicionam a performance de sistemas, redes e unidades de saúde. Na medida em que cada mecanismo gera diferentes incentivos, é fundamental que a autoridade sanitária, especialmente ao trabalhar com contratos, busque os mecanismos e instrumentos que mais se ajustem aos objetivos propostos.

Nesta medida, o mecanismo de pagamento é um instrumento de operação da estratégia de alocação de recursos e tem como objetivo direcionar internamente os incentivos da rede à consecução das metas propostas.

Não existe uma única forma de dirigir os recursos para as unidades prestadoras, a decisão de implantar um ou outro sistema depende de diversos fatores. Nenhum dos sistemas de pagamento existentes é perfeito; o mecanismo mais adequado para um ambiente concreto dependerá de circunstâncias específicas: modelo do sistema (financiamento e organização), estabilidade macroeconômica, competitividade do setor, situação original, desenvolvimento dos sistemas de informação, capacidades gerenciais, evolução contábil etc.

Em alguns casos, com baixos índices de ocupação e longas listas de espera, por exemplo, pode ser interessante um mecanismo de pagamento que incentive aumentos na produção em termos de altas. Em outros, ao contrário, isto pode ser uma estratégia totalmente inadequada.

Os modelos teóricos acerca dos mecanismos de pagamento foram estudados, naturalmente, a partir das relações de mercado, especialmente no sistema americano. Os sistemas públicos, especialmente os nacionais, que por muito tempo operaram exclusivamente com a administração direta, tradicionalmente utilizaram o pagamento das unidades via orçamento global – muitas vezes elaborado com base em séries históricas, sem que se definam metas ou objetivos específicos.

Apenas com as reformas introduzidas a partir dos anos 1990, em que foi proposta a separação entre as funções de financiamento e provisão, foram instituídos os contratos de gestão ou contratos de meta, levando a um questionamento "do que comprar" e de "como pagar". Ainda que no início das mudanças houvesse uma crença ilimitada na "competição" como motor da eficiência e efetividade em sistemas públicos, a experiência mostrou que os objetivos diferentes, que sistemas universais e sistemas privados possuem, são centrais na análise de resultados obtidos. Da mesma forma, os mecanismos de pagamento têm efeitos diferentes de acordo com o sistema em que são utilizados.

Modelos de pagamento a unidades/serviços de saúde

Em geral, diferenciamos dois grandes grupos de sistemas de pagamento: os retrospectivos e os prospectivos. Seu nome não é ligado ao período temporal em que ocorre o pagamento, mas ao grau de risco (incerteza) financeiro que o provedor assume em cada caso.

No primeiro caso, não há risco para quem presta o serviço, de acordo com os resultados obtidos, enquanto no segundo caso há um certo grau de risco repassado ao provedor.

Um exemplo de pagamento retrospectivo puro é o orçamento histórico, em que o comprador financia os recursos instalados sem que o provedor deva justificar nada que afete o pagamento (como produção ou qualidade). De acordo com a teoria, o provedor não assume nenhum risco neste modelo, já que sua estrutura é financiada sem nenhum tipo de contrapartida.

De outro lado, uma forma de pagamento prospectivo puro seria a capitação, na qual o provedor recebe um valor por pessoa coberta para oferecer uma carteira de serviços pactuada, ou seja, recebe uma soma total para realizar toda a gama de atenção pactuada – atenção ambulatorial, hospitalar, exames etc. Ainda que se apliquem ajustes ao valor *per capita* – por exemplo, um valor maior, se a população for mais idosa – neste modelo, o provedor assume a quase totalidade do risco da prestação de serviços anuais a uma população e os custos envolvidos.

Existem quatro formas gerais de pagamento aos provedores, que podem ser combinadas em sistemas mistos:

a) pagamento por item/serviço;

b) pagamento baseado em casuística/por casos;

c) pagamento por orçamentos;

d) pagamento por capitação.

A seguir, são detalhadas as características de cada uma delas.

Pagamento por item/serviço

Neste tipo de pagamento, muitas vezes chamado de reembolso, a produção é paga da forma menos agregada possível, e o provedor cobra por itens separados como, por exemplo, pelo pagamento de cada profissional, pelo uso de cada medicamento, de cada exame, de cada insumo utilizado etc.

Ainda que possa ser realizado o reembolso livre, ou seja, sem nenhum valor pré-fixado para os itens a serem pagos, esta é uma forma cada vez menos utilizada. Mais comumente, o reembolso por item é baseado em tabelas, com preços pré-estabelecidos. É comum que associações profissionais, autoridades governamentais e seguradoras se reúnam periodicamente para estabelecer as tarifas.

O pagamento por item incentiva o uso excessivo dos serviços, especialmente quando o paciente não paga os serviços, mas existe um agente que é responsável pelo seu pagamento como, por exemplo, um plano de saúde.

Existem algumas estratégias que buscam impedir o aumento de custos ao se utilizar este mecanismo de pagamento. O mais comum é estabelecer um teto para o total dos pagamentos com a finalidade de diminuir a quantidade. A tarifa do item é determinada *a posteriori* em função da produção realizada – quanto mais itens a pagar, menos vale cada um. Este tipo de medida acarreta problemas, pois embora possa ser efetiva sob o ponto de vista coletivo, oferece poucos incentivos sob o ponto de vista de cada provedor. Esta estratégia tem sido utilizada no sistema alemão que, como você viu na UA II, trabalha com pagamento por itens, o que contribui para o aumento da fragmentação.

Este tipo de mecanismo oferece, ademais, problemas associados ao uso excessivo de serviços que são potencialmente prejudiciais à saúde. Mesmo assim, costuma ser bastante valorizado por pacientes, já que o uso de grande quantidade de serviços e sofisticadas tecnologias tem efeitos positivos sobre a qualidade percebida.

Os custos administrativos desse tipo de sistema costumam ser expressivos, pois requerem o processamento de grande quantidade de informação. O pagamento por item costuma ser efetivo para incrementar a produtividade, mas acompanhado de incremento nos custos. A existência de co-pagamentos ou concorrência entre os provedores pode, em alguma medida, frear o crescimento dos custos.

Pagamento baseado em casuística/por casos

O pagamento baseado em casuística – os tipos de casos atendidos – paga ao provedor uma quantia predeterminada que cobre todos os serviços envolvidos no cuidado a um caso ou episódio da doença. O método mais comum é definir uma quantidade fixa por categoria, onde as categorias agrupam os casos com uma estrutura similar de consumo de recursos. A complexidade deste sistema varia segundo o número de categorias utilizado.

Num extremo, pode-se considerar o pagamento por dia de hospitalização como um tipo de reembolso baseado em casuística onde existe uma única categoria, embora muitos autores considerem o pagamento por diária um mecanismo em separado.

O pagamento por diária foi, por muito tempo, a forma tradicional de remunerar o cuidado hospitalar. O incentivo deste método é o de aumentar o tempo médio de permanência, o que pode ser combatido com medidas como o estabelecimento de tarifas diferenciadas – diárias maiores para os primeiros dias de internação e menores à medida que a internação se prolonga. Ou definir de antemão um tempo médio de permanência máximo a ser pago.

Esta última estratégia levou ao desenvolvimento do pagamento por casos, propriamente dito, em que se define previamente quanto pagar, dependendo do tipo de caso tratado. Por exemplo, uma pneumonia, um infarto agudo do miocárdio etc. Essas categorias pode ser subdividas de forma a se aproximar mais da complexidade do cuidado – pneumonias dependendo da idade do paciente, avaliação de comorbidade etc. Existem diferentes formas de classificar a produção para fins de pagamento, que foram sendo desenvolvidas ao longo do tempo e modificadas à medida que mudavam as condições de produção, com os avanços tecnológicos.

Em geral, faz-se uma distinção entre sistemas que classificam os pacientes de acordo com o diagnóstico e aqueles que não classificam casos, mas procedimentos, sejam eles diagnósticos ou terapêuticos. Na prática, os dois sistemas costumam estar em uso simultaneamente. O pagamento por casos é considerado um tipo intermediário entre os mecanismos de pagamento por item/serviço e os que utilizam pagamentos de tipo global, como orçamentos e capitação.

Se você tem interesse nos DRG's, no site do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, você encontra para *download* a publicação "DRG's na Europa", que apresenta um extenso panorama da utilização dos DRG's nos diferentes países europeus. Acessível em http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/diagnosis-related-groups-in-europe

O método mais comum de classificação da produção é o baseado nos "Diagnostic Related Groups" (DRGs). Os DRG's foram desenvolvidos inicialmente pelo Medicare americano como instrumento de gestão e posteriormente adotados para pagamento. Além de utilizados nos Estados Unidos, hoje são largamente usados em vários sistemas de saúde, que foram desenvolvendo suas próprias classificações.

O pagamento por casos incentiva o provedor a conter o custo por caso tratado. Em geral, observaram-se reduções na permanência e na utilização total de insumos, embora possa ter aumentado a utilização de insumos em cada dia de internação.

No entanto, este mecanismo de pagamento oferece importantes incentivos perversos aos provedores. Muito importante, a seleção daqueles pacientes que dentro de uma mesma categoria ofereçam maiores possibilidades de ter menor consumo de recursos.

Por outro lado, os hospitais vêm sofisticando seus sistemas de informação de tal forma que fazem a classificação dos diagnósticos dos pacientes atendidos na categoria melhor remunerada possível.

Considerando-se que este sistema incentiva a redução de custos, cabe destacar que sua implantação deve dotar-se de mecanismos que permitam controlar os padrões de qualidade. Uma ameaça à qualidade é o incentivo para reduzir os custos mediante a diminuição do tempo médio de permanência, o que pode resultar em altas precoces e reinternações – que devem ser monitoradas.

Pagamento por orçamento

Existem dois tipos de pagamento por orçamento bem diferenciados: o pagamento por rubrica orçamentária específica e o pagamento por orçamento global.

O pagamento por rubrica orçamentaria específica estabelece um valor para cada rubrica (salários, medicamentos, equipamentos etc.) e costumam prever normas e regulações que impedem a transferência de

fundos de uma rubrica para outra. Os gestores dos centros provedores não podem assumir outra responsabilidade sobre os resultados que não seja a execução das diferentes partidas orçamentárias. Além disso, os recursos não utilizados costumam ser considerados como alocações em excesso e, consequentemente, passíveis de corte orçamentário em períodos posteriores. Por esse motivo – e embora este tipo de alocação esteja dirigida ao controle do gasto e à limitação dos efeitos da fraca gestão local – seus efeitos sobre a eficiência costumam ser bastante negativos. Os gerentes percebem a necessidade de esgotar os recursos recebidos, sem levar em conta a eficiência, para garantir que os valores alocados no ano seguinte não sofram cortes.

O pagamento por orçamento global também é fixado no início do período, mas para cobrir os gastos agregados do centro provedor. Isto supõe que o gestor terá autonomia para gerir os fundos e alocá-los da forma que considere mais eficiente. Esse tipo de mecanismo de alocação requer capacidade de gestão e geralmente é implementado em paralelo com processos de descentralização ou desconcentração.

De uma forma geral e no curto prazo, o pagamento por orçamento global leva a uma contenção de custos pela melhor utilização de insumos para produzir serviços. Mesmo assim, o aumento da eficiência depende em grande medida do tipo de fórmula de alocação que se utilize. Basicamente, são três os tipos de fórmulas usadas:

- baseadas em séries históricas, ajustadas por predições sobre a variação na demanda;
- baseadas no custo por insumos (por exemplo: leito disponível);
- baseadas no desempenho.

Nem o pagamento por orçamento baseado em rubricas específicas, nem por orçamento global oferecem, por si sós, muitos incentivos à qualidade. Isto pode ser melhorado com medidas complementares como, por exemplo, o estabelecimento de incentivos econômicos ligados ao cumprimento de padrões de qualidade, ao acompanhamento dos níveis de qualidade ou à acreditação periódica dos centros.

Os custos administrativos vinculados aos sistemas de pagamento por orçamentos costumam ser menores que os das outras formas, embora aumentem na medida em que a complexidade do sistema requeira mais informações ou sistemas de avaliação mais sofisticados.

Pagamento por capitação

No pagamento por capitação, os provedores recebem um valor fixo para oferecer um pacote definido de serviços à sua população de cobertura. É um mecanismo de tipo prospectivo, uma vez que existe uma forte transferência do risco ao provedor e estes têm incentivos para reduzir ao máximo o custo dos serviços.

É um tipo de pagamento que pode ser utilizado também para profissionais, como é o caso dos médicos generalistas/de família britânicos, que recebem um valor fixo por pessoa cadastrada em sua lista, para realizar todo o cuidado de primeiro nível.

O pacote de serviços pago por um valor fixo pode também se referir a uma patologia crônica específica e englobar todos as ações/procedimentos necessários. Este é o caso, por exemplo, de esquemas de financiamento da atenção ao paciente renal crônico terminal – aquele que necessita hemodiálise – testados pelo Medicare, o programa federal americano de cobertura a idosos e pacientes renais crônicos. É pago um valor fixo por paciente cadastrado a uma organização responsável por prover a atenção integral, incluindo todos os procedimentos, inclusive transplantes, em substituição ao pagamento por procedimentos, em que se paga separadamente a sessão de hemodiálise, uso da eritropoietina, eventuais internações etc. Esse tipo específico de uso da cápita é chamado de pagamento por pacote (Kuschnir, 2004).

Para praticar

Além da insuficiência renal crônica terminal, que outra(s) patologia(s) crônica(s) poderia(m) ser paga(s) por pacotes com o objetivo de aumentar a coordenação do cuidado prestado por diversos profissionais/provedores?

Anote suas respostas em seu Diário de Estudos, no AVA.

Em sistemas que funcionam com redes, a alocação capitativa, já mencionada, vem sendo experimentada para destinar recursos a um território. Especialmente nesses casos, o cálculo da cápita – o valor a ser pago por pessoa coberta – leva em conta ajustes por indicadores epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos, que permitem aproximar as diferenças no risco esperado de determinadas populações/grupos populacionais.

Em outros casos, a capitação é utilizada como instrumento para melhorar a qualidade do serviço em situações em que se pretende induzir a competição entre provedores, uma vez que esse mecanismo estimula a redução de custos. Essa medida pode resultar efetiva em ambientes urbanos onde existe diversidade de oferta e quando os mecanismos para controlar a seleção de riscos estão suficientemente desenvolvidos para garantir a equidade. Isto significa garantir que os pacientes mais frágeis e que demandam mais serviços não deixarão de ser atendidos por serem mais custosos.

Atribui-se à alocação capitativa a virtude de enfatizar a prevenção e promoção da saúde como mecanismos para reduzir custos. Por isso, é utilizada com frequência para remunerar provedores que integram diferentes níveis assistenciais e enfatizar o foco na prevenção e promoção. Isto será possível sempre que a abrangência dos serviços oferecidos pelos provedores seja ampla o suficiente para que, em virtude da redução de custos, o provedor não tenha incentivos para uma referência excessiva a outros níveis. Outra alternativa é o controle rigoroso das referências e contra-referências e o faturamento entre níveis.

Este tipo de alocação oferece grandes vantagens, mas também um elevado grau de incentivos perversos. Um deles é a seleção de riscos mencionada anteriormente, significando deixar de atender determinados pacientes. Outros são a diminuição na quantidade e qualidade dos serviços. A magnitude desses efeitos e a necessidade de mecanismos para controlá-los dependerão basicamente de três fatores:

- os serviços cobertos – se o pagamento capitativo não contempla a totalidade do processo assistencial existem fortes incentivos para a referência de pacientes a outros níveis, sem necessidade;
- regulações e práticas com relação à seleção de riscos;
- a existência de concorrência entre provedores.

A abrangência do pagamento capitativo é central à esta estratégia. Quando a soma total paga a um provedor é apenas para o cuidado ambulatorial e exames, por exemplo, o incentivo é que os pacientes sejam referenciados a outros níveis sem necessidade. Já se os outros níveis, tais como hospitais – são de responsabilidade do mesmo provedor, o incentivo é o tratamento que evite a hospitalização. Por outro

lado, esse mecanismo de pagamento só faz sentido se o pagador é único, estabelecendo um único contrato que pode abranger toda uma rede. Este é o caso dos sistemas integrados operando em sistemas públicos que você conheceu na UA II.

A existência de gestores capacitados para administrar os recursos, de um lado, e capazes de elaborar contratos, de outro, é imprescindível para o êxito de uma proposta de alocação capitativa. Também se constitui num requisito a existência de certa concorrência – caso se pretenda que o mecanismo de pagamento, por si só, incentive os provedores a oferecer serviços de qualidade. A existência de mecanismos para controlar a seleção de riscos também será importante em ambientes em que esta seja possível.

Métodos mistos

A maioria dos sistemas de saúde utiliza métodos mistos que combinam os mecanismos de pagamento descritos acima, e a literatura da área apoia os benefícios dessa estratégia. A eleição de um sistema misto fundamenta-se principalmente em duas questões.

A primeira refere-se aos incentivos. Todos os sistemas possuem incentivos considerados adequados e incentivos perversos; assim, ao combiná-los, buscam-se sistemas de pagamento que mantenham os efeitos positivos e minimizem os perversos. A segunda questão é de ordem prática: sistemas mistos podem ser administrativamente mais fáceis e ter custos menores.

Os sistemas de pagamento podem ser mistos em três sentidos:

- sistemas de pagamento diferentes para diferentes tipos de provedores na mesma rede (por exemplo: primeiro nível por capitação e atenção especializada por produção de casos);
- sistemas de pagamento diferentes para um mesmo provedor (por exemplo: orçamento para os custos fixos e pagamento por itens com custos variáveis específicos);
- sistemas de pagamento que variam segundo o tipo de serviço (por exemplo: capitação para um pacote básico e pagamento por item, procedimento ou caso para os serviços complementares).

Em qualquer caso, a eleição da combinação deve ser cuidadosa, levando em consideração o entorno e os efeitos sobre os diferentes subsistemas de atenção e sobre a rede como um todo. Para finalizar, deve-se levar em conta que, em casos de existência de múltiplos financiadores, o direcionamento dos incentivos de pagamento pode ser ainda mais confuso.

Esses tipos de interações são comuns quando os profissionais trabalham no setor público com remuneração mensal (proventos) e na iniciativa privada sob o regime de reembolso por serviço. Esses profissionais podem estar fortemente incentivados a minimizar sua dedicação ao setor público. Ou ainda, quando uma unidade de saúde tem duas fontes de financiamento para diferentes clientelas como, por exemplo, um hospital que realize internações para o setor público e para planos privados – inevitavelmente, haverá o incentivo de priorizar os pacientes melhor remunerados.

Os mecanismos de pagamento como elementos de integração clínica em uma rede

Para atingir a eficiência, uma rede deve proporcionar incentivos ao tratamento do problema de saúde no local que resulte em maior custo-efetividade dentro do *continuum* assistencial. Isto somente é possível se os incentivos das diferentes unidades estão alinhados com os objetivos globais. Para isso, os provedores devem perceber que recebem um orçamento comum e que as ações a serem desenvolvidas num ponto concreto da rede têm repercussões na conta de resultados do sistema em seu conjunto.

Os componentes da rede – hospitais, centros de atenção primária etc. – se transformam em centros de custos que devem ser geridos dentro de um único orçamento. Estes devem visualizar que são responsáveis tanto pelos custos diretos da sua própria unidade, como também pelos custos induzidos sobre o resto das unidades. Como resultado, a rede de provedores tem incentivos para tratar do problema de saúde no local com melhor relação custo x efetividade dentro do *continuum* assistencial.

Isto implicaria a substituição entre níveis assistenciais como, por exemplo, dar condições de tratar ambulatorialmente pacientes que hoje estão sendo internados, quando for o caso, ou transferir cirurgias para o regime ambulatorial, quando indicado. Implicaria também na diminuição do uso total de exames, testes e análises que não sejam necessários e de sua duplicação, quando necessários.

Para imputar a cada unidade ou centro a responsabilidade pelos seus custos diretos e indiretos, há que determinar quais são os centros de custo dentro do sistema. Isto é relativamente simples com a ajuda de um sistema de apuração de custos e a criação de preços de transferência para faturação entre unidades.

Para praticar

Você conhece a tabela do SUS? Você pode consultá-la em http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp

Como você classificaria o tipo de pagamento realizado utilizando-se a tabela? Que outros tipos de pagamento são utilizados nos SUS?

Anote suas respostas em seu Diário de Estudos, no AVA.

Do pagamento às unidades à remuneração dos profissionais

Os mecanismos de alocação de recursos e de pagamento têm como objetivo básico alinhar o fluxo de recursos aos objetivos assistenciais.

Para que o sistema seja realmente operativo, ele deve atuar em efeito cascata desde o nível estratégico até os profissionais. De nada adianta alinhar as unidades se esses incentivos não forem transferidos aos profissionais que atendem os pacientes.

A Direção por Objetivos (DPO) em uma rede

A direção por objetivos é uma forma de entender a gestão que vai além da aplicação de um instrumento para o estabelecimento dos objetivos pontuais, constituindo-se em um enfoque que afeta os processos de tomada de decisão e as atividades de coordenação em todos os níveis da estrutura organizacional. Concretamente, é um processo pelo qual se identificam conjuntamente objetivos comuns, áreas de responsabilidade e resultados esperados.

As principais características da Direção por Objetivos são:

- define áreas de responsabilidade individual sobre a base dos resultados esperados;
- é um método de comprometimento para gestores e profissionais;
- identifica áreas de objetivos da organização que levam em conta as metas individuais, fixando indicadores através dos quais se avaliam as atuações.

A DPO permite, além do estabelecimento de metas, a reflexão interna sobre o alcance da tomada de decisões, a solução de problemas detectados e a participação no desenvolvimento e na implantação de mudanças.

Ao mesmo tempo, é a base para o orçamento de gestão, ao converter os objetivos pactuados em orçamentos, permitindo configurar o orçamento global como agregação dos orçamentos de suas unidades ou serviços. É também uma estratégia sobre a qual pode-se elaborar os contratos a serem estabelecidos com as diferentes unidades da rede.

O modelo de gestão baseado na DPO exige que a unidade disponha de objetivos estratégicos alinhados com a estratégia da rede, que haja um sistema de participação e diálogo entre a direção e os responsáveis das unidades ou serviços, identificados para negociar os objetivos, e que haja um sistema de medida consensual do cumprimento dos objetivos acordados. Exige, ainda, o cumprimento de alguns passos que são detalhados a seguir.

Passos para a implantação de um sistema de DPO e bases para a contratação

Na implantação de um processo de DPO, o primeiro passo é sempre informar ao conjunto sobre qual é o processo que se pretende executar. Nesta primeira ação se define a vontade de levar adiante um processo participativo e transparente. Os passos seguintes, esquematicamente, são:

1) Explicitação dos objetivos gerais, que devem derivar do Plano Estratégico da rede. Supõe um marco geral de objetivos que deverá incluir o papel e funções que cada unidade assistencial desempenha na mesma.

2) Identificação das unidades operativas de gestão, que se caracterizam como os grupos de profissionais que têm um responsável único, recursos definidos e se organizam ao redor de objetivos comuns.

3) Identificação dos responsáveis de cada uma das unidades operativas de gestão, com a definição de suas competências.

4) Identificação de áreas-chave de objetivos, que depende do estabelecimento dos recursos com os quais conta a unidade, de que competências tem e da carteira de serviços que deve prestar.

5) Desenho e elaboração de um "Acordo de Gestão" com cada unidade operativa. Para cada uma delas deverá definir-se uma relação baseada na lógica contratual, com conteúdos específicos que incluam os objetivos de serviço – assistenciais, de produtividade e de qualidade –, bem como o mecanismo de pagamento que receberão pelos mesmos.

Os Acordos de Gestão devem incluir:

Definição da Carteira de Serviços da unidade: para cada uma das unidades operativas, deverá definir-se o tipo de serviço que deverá prestar como atividade ordinária, coerente com o desenvolvimento estratégico da rede assistencial.

Determinação dos objetivos específicos que as unidades operativas de gestão devem cumprir: tendo definido previamente as áreas de responsabilidade como unidades operativas de gestão, a partir dos objetivos globais da rede, determinar-se-ão os objetivos que os responsáveis por tais áreas devem atingir.

Para que esses objetivos sejam "internalizados" pelos responsáveis e pelos integrantes de cada uma das unidades, é necessário estabelecer um processo de consenso dos objetivos específicos. Este consenso, baseado numa negociação entre as partes, tem uma dupla vantagem. De um lado, consegue disseminar os objetivos gerais, de forma que todos persigam um mesmo horizonte e, de outro, permite que a opinião e percepção das unidades operativas sejam levadas e incorporadas aos níveis de direção e, dessa forma, possam enriquecer a gestão geral do centro.

Estabelecimento das metas a serem cumpridas pelas unidades operativas de gestão: para isso, deverá seguir-se igualmente um processo de negociação entre a Direção Estratégica da rede e os responsáveis pelas unidades, alocando-se os recursos necessários, assinalando-se prazos de execução e fixando-se mecanismos de avaliação de resultados

Alocação de recursos: cada unidade deverá ter alocados recursos com os quais poderá oferecer a carteira de serviços definida em contrato e cumprir os objetivos e metas de atividade e qualidade pactuadas. Deverão ser definidos: recursos humanos, fixos e eventuais, especificados por carga horária; quantidade de leitos (em caso de hospitais); locais para consultas; equipamentos médicos de uso exclusivo ou compartilhado, especificando-se o número de horas de utilização.

6) Estabelecimento de uma política de incentivos: para o êxito de uma DPO, é conveniente definir-se um sistema que, após avaliação de resultados, permita premiar o desempenho das unidades e profissionais que as integram, levando-se em conta o resultado global da rede e a contribuição individual de cada componente.

Os incentivos vinculados podem ser econômicos ou não. De qualquer forma, a política de incentivos deve ser estabelecida de maneira que permita preservar a identidade da rede acima da identidade de seus centros componentes e das individuais. Portanto, deve levar em conta os resultados da rede no seu conjunto, os resultados por unidade e o desempenho individual.

7) Desenho do sistema de avaliação do cumprimento dos objetivos previstos.

Avaliação da coordenação assistencial

A análise da coordenação é baseada na utilização de uma combinação de indicadores que medem aspectos estruturais, de processo e resultado da coordenação entre níveis para garantir a continuidade de informação e da gestão do paciente ao longo do *continuum* assistencial.

A coordenação da informação ao longo do processo é analisada avaliando-se a disponibilidade de mecanismos para transferir a informação de um nível assistencial a outro, o grau de acessibilidade e a adequação da informação compartilhada (estrutura), bem como o grau de utilização e interpretação desta por um provedor (processo).

A coordenação da informação entre níveis deve contribuir para diminuir a duplicação desnecessária de exames complementares, prescrição de medicamentos ou de fármacos contraindicados etc. Estes são precisamente os indicadores que se propõem para medir os resultados neste tipo de coordenação.

Poderíamos exemplificar com as seguintes questões/indicadores (Terraza Núñez, 2006):

- **Estrutura:** Há história clínica compartilhada? Há mecanismos de transferência de informação entre níveis? Qual o percentual de unidades assistenciais com acesso à informação adequada sobre o paciente?

- **Processo:** Qual o percentual de unidades que utiliza a informação compartilhada?

- **Resultado:** Qual o percentual de duplicidade de solicitações de exames? Qual o percentual de pacientes que apresentam duplicidade de prescrições terapêuticas? Qual o percentual de pacientes que apresentam contra-indicações ou interações devidas a prescrições geradas em diferentes níveis de atenção?

Já a coordenação de gestão da atenção se avalia com indicadores:

- de estrutura, que meçam a disponibilidade de mecanismos para administrar coordenadamente o paciente ao longo do *continuum* (guias de prática clínica compartilhadas, postos de ligação);
- de processo, que meçam o grau de adesão dos profissionais aos instrumentos de coordenação, bem como o grau de seguimento longitudinal do paciente e os *gaps* ou interrupções que se produzem;
- de resultados assistenciais, vinculados a objetivos sanitários dos mecanismos de coordenação implementados.

Um exemplo seriam as questões/indicadores como os listados abaixo (Terraza Núñez; Vargas Lorenzo; Vazquez Navarrete, 2006):

- **Estrutura:** Há instrumentos de normatização da prática clínica (GPC, protocolos etc.) compartilhados? Qual o percentual de instrumentos utilizados numa dada unidade que são compartilhados com outras? Existem programas de gestão de doenças ou de casos?
- **Processo:** Qual o percentual de pacientes com intervenções diagnósticas ou terapêuticas adequadas às recomendações? Qual o tempo decorrido entre a alta e a primeira visita de seguimento do paciente?
- **Resultado:** Qual o percentual de consultas repetidas por falta de resultados de provas solicitadas? Qual a taxa de agravamento ou descompensações em patologias crônicas atendidas em serviços de emergência? Qual a taxa de internações evitáveis?

Ao lado dos indicadores concretos de estrutura, processo e resultado vinculados a elementos de coordenação, a existência de determinados atributos definidos das redes e relacionados diretamente com a coordenação pode ser identificada complementarmente de forma qualitativa, através de questionários especialmente produzidos e dirigidos a gestores e profissionais envolvidos.

Para praticar

Se você aplicasse perguntas ou construísse indicadores como esses no entorno de seu trabalho, como você imagina que seria o resultado com relação ao grau de coordenação assistencial? Como seria o resultado com relação à informação? E à gestão da atenção?
Anote suas respostas em seu Diário de Estudos, no AVA.

Avaliação da continuidade assistencial

Como você viu no Módulo 16, a continuidade assistencial é o grau de coerência e união das experiências na atenção que recebe o paciente ao longo do tempo (Reid; Haggerty; Mckendry, 2002).

Os rápidos avanços tecnológicos, as mudanças na organização dos serviços de saúde, o aumento das doenças crônicas complexas e do número de pacientes com muita comorbidade faz com que os usuários sejam atendidos por um grande número de provedores em organizações e serviços diferentes. Isto dificulta a coordenação da atenção e, em consequência, a continuidade assistencial.

Podem ser diferenciados três tipos de continuidade assistencial, interrelacionados:

a) de relação: é a percepção do paciente sobre a relação que ele estabelece ao longo do tempo com um ou mais provedores;

b) de informação: é a percepção do usuário sobre a disponibilidade, utilização e interpretação da informação sobre acontecimentos anteriores, para proporcionar atenção apropriada a suas circunstâncias atuais;

c) de gestão: é a percepção do usuário do grau em que recebe os diferentes serviços de forma coordenada, complementar e sem duplicidade.

Na medida em que a continuidade assistencial refere-se à experiência de coordenação da atenção recebida, os instrumentos para sua avaliação são dirigidos aos pacientes. Um exemplo é o questionário desenvolvido recentemente na Catalunha (Aller et al., 2010).

Esse questionário aborda os três tipos de continuidade assistencial e avalia a percepção do paciente acerca da continuidade da relação com a equipe, da gestão da informação – o domínio que os vários profissionais envolvidos têm da história clínica – e da gestão da atenção – a integração entre o cuidado recebido nos vários lócus de atenção.

A continuidade assistencial vincula-se a uma maior satisfação dos usuários, percepção de melhor qualidade de vida, maior utilização dos serviços preventivos, maior taxa de adesão aos tratamentos e diminuição do índice de internação (Burns et al., 2007; Gill; Mainous, 1998; O'malley, 2004; Parchman; Burge, 2002).

Avaliação do Módulo 17

Lembrando do trabalho que você fez na UA VI, digamos que você é responsável por contratar toda uma linha de cuidado para o câncer do colo do útero ou de mama para a população de um dado território. Escolha o câncer do colo do útero ou o de mama e liste as ações/procedimentos que você compraria. Como pagaria por eles, considerando a busca da coordenação/integração?

Envie suas respostas ao seu tutor.

Avaliação final da Unidade VII

Considerando o que você estudou e trabalhou na UA VI sobre as linhas de cuidado do câncer do colo do útero e de mama, que mecanismos e instrumentos de coordenação você proporia para seu funcionamento? Justifique.

E que ações, por parte da(s) autoridade(s) sanitária(s), – instrumentos de política ou mecanismos institucionais – seriam necessárias para a instituição dos mecanismos/instrumentos que você propôs? Identifique a instância de governo da(s) autoridade(s) sanitária(s) a que você se refere.

Envie suas respostas ao seu tutor.

Referências

Alexander, J.A.; Zuckerman, H.S.; Pointer, D.D. The challenges of governing integrated health care systems. *Health Care Management Review*, v. 20, n. 4, p. 69-81, 1995.

Aller, M. B. et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuários del Sistema de Salud en Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, v. 84, p. 371-387, 2010.

Artalejo, F.F. et al. ¿Cómo mejorar la atención a las enfermedades crónicas?: una ilustración en pacientes con insuficiencia cardíaca. *In*: ORTÚN, V. (Ed.). *Gestión clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson, 2003.

Burns, T. et al. *Experiences of continuity of care and health and social outcomes: the ECHO study*. Southampton: National Institute for Health research, 2007. Report for the National Coordinating Center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).

Casanueva, C.; García, J. *Gestión de empresas*. Madrid: Pirámide, 1999.

CHEN, A. et al. *Best practices in coordinated care*. Princeton: Mathematica Policy Research, 2000.

CODDINGTON, C.; MOORE, C.; FISCHER, E. *Making integrated health care work*. Englewood: Center for Research in Ambulatory Health Care Administration, 1996.

CONRAD, D. A.; DOWLING, W. L. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev*., v. 15, n. 4, p. 9-22, 1990.

FOREST, P.G. et al. *Issues in the governance of integrated health systems*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 1999.

GILL, J. M.; MAINOUS, A. G. I. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Archives of Family Medicine*, v. 7, n. 4, p. 352-357, 1998.

GILLIES, R. R.; SHORTELL, S. M.; YOUNG, G. Best practices in managing organized delivery systems. *Hospital & Health Services Administration*, v. 42, n. 3, p. 299-321, 1997.

GLENDINNING, C. et al. A survey of access to medical services in nursing and residential homes in England. *British Journal of General Practice*, v. 52, n. 480, p. 545-548, 2002.

GRIFELL, E.; CARBONELL, J. M.; INFIESTA, F. *Mejorando la gestion clínica: desarrollo e implantación de guías de práctica clínica*. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, 2002.

GROL, R. Improving the quality of medical care. *JAMA*, v. 286, n. 20, p. 2578-2585, 2004.

HAMPSON, J. P.; ROBERTS, R. I.; MORGAN, D. A. Shared care: a review of the literature. *Family practice*, v. 13, n. 3, p. 264-279, 1996.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 331-336, 2004. Suplemento 2.

HICKMAN, M.; DRUMMOND, N.; GRIMSHAW, J.M. A taxonomy of shared care for chronic disease. *Journal of Public Health Medicine*, v. 16, n. 4, p. 447-454, 1994.

HILL, M. The development of care management systems to achieve clinical integration. *Advanced Practice Nursing Quaterly*, v. 4, n. 1, p. 33-39, 1998.

IBERN, P.; CALSINA, J. *Más allá de la separación de funciones: las Organizaciones Sanitarias Integradas*. Barcelona: Centre de Recerca en Economia i Salut, 2001.

JACOBSEN, T.; HILL, M. Achieving information systems support for clinical integration. *Journal of Nursing Administration*, v. 29, n. 6, p. 31-39, 1999.

JOHNSTON, M. E. et al. Effects of computer-based clinical decision support systems on clinician performance and patient outcome: a critical appraisal of research. *Annals of Internal Medicine*, v. 120, n. 2, p. 135-142, 1994.

Kilbridge, P. M. The role of information systems in IDS-physician relationships. *Health Care Financing Management,* v. 52, n. 6, p. 31-33, 1998.

Kornack, I. M. J.; Silversin, J. How can IDSs integrate conflicting cultures? *Health Care Financing Management*, v. 52, n. 6, p. 34-36, 1998.

Kuschnir, R. *Aqui se paga, aqui se faz: pagamento a provedores como instrumento de política*: contribuição à discussão do caso da terapia renal substitutiva. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

Leat, P.; Pink, G.; Guerriere, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthcare papers*, v. 1, n. 2, p. 13-35, 2000.

Lamb, G. S. Outcomes across the care continuum. *Medical Care*, v. 35, n. 11, p. 106-114, 1997.

Lawthers, A. G. et al. Rethinking quality in the context of persons with disability. *Int J Qual Health Care*, v. 15, n. 4, p. 287-299, 2003.

Longest, B. B.; Young, G. J. Coordination and communication. *In*: Shortell, S. M.; Kaluzny, A. D. (Ed.). *Health care management*. New York: Delmar, 2000. p. 210-243.

Lorenz, A. D.; Mannksch, L. B.; Gawinski, B. A. Models of collaboration. *Health Care Management Review*, v. 26, n. 2, p. 401-410, 1999.

Mickan, S.; Rodger, S. Characteristics of effective teams: a literature review. *Australian Health Review*, v. 22, n. 3, p. 201-208, 2000.

Mickan, S.; Rodger, S. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. *Australian Health Review,* v. 23, n. 1, p. 133-142, 2000.

Mintzberg, H. *La estructura de las organizaciones.* Barcelona: Ariel, 1990.

O'malley, A. S. Current evidence on the impact of continuity of care. *Current Opinion in Pediatrics*, v. 16, n. 6, p. 693-699, 2004.

Parchman, M.L.; Burge, S.K. Continuity and quality of care in type 2 diabetes: a Residency Research Network of South Texas study. *Journal of Family Practice*, v. 51, n. 7, p. 619-624, 2002.

Peiró, S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. *In*: Ortún, V. (Ed.). *Gestión clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson, 2003. p. 17-89.

Peters, J.P. *El proceso de planificación estratégica para hospitales*. Barcelona: Masson, 1989.

Pilnick , A.; Dingwall, R.; Starkey, K. Disease management: definitions, difficulties and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 79, n. 8, p. 755-763, 2001.

PLOCHER, D. W. et al. Care managemet and clinical integration componentes. *In*: KONGSTVEDT, Peter R. (Ed.). *The managed health care handbook*. Gaithersburg: Aspen Publishers, 2001.

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002.

SCHEIN, E. H. *Organizational culture and leadership*. 2nd. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 1992.

Shortell, S. M.; Gillies, R. R.; Anderson, D. A. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs,* v. 13, n. 5, p. 46-64, Winter 1994.

SHORTELL, S. M. et al. *Remaking health care in America: building organized delivery systems*. 2nd. ed. San Francisco: The Jossey-Bass, 2000. (Health care series).

SKELTON-GREEN, J. M.; SUNNER, J. S. Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform? *Canadian Journal of Nursing Administration*, v. 10, n. 3, p. 90-111, 1997.

SMITH, J. E. Case management: a literature review. *Canadian Journal of Nursing Administration*, p. 93-109, May/June 1998.

STARFIELD, B. H. Coordinación de la atención en salud. *In*: STARFIELD, B. H. (Ed.). *Atención primaria.* Barcelona: Masson, 2002. p. 233-265.

TERRAZA NUNEZ, R.; VARGAS LORENZO, I.; VAZQUEZ NAVARRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales, una sistematización de instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitária*, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006.

UNITED KINGDOM. Department of Health. *Supporting people with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration*. London, 2005. Disponível em: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4100252>.

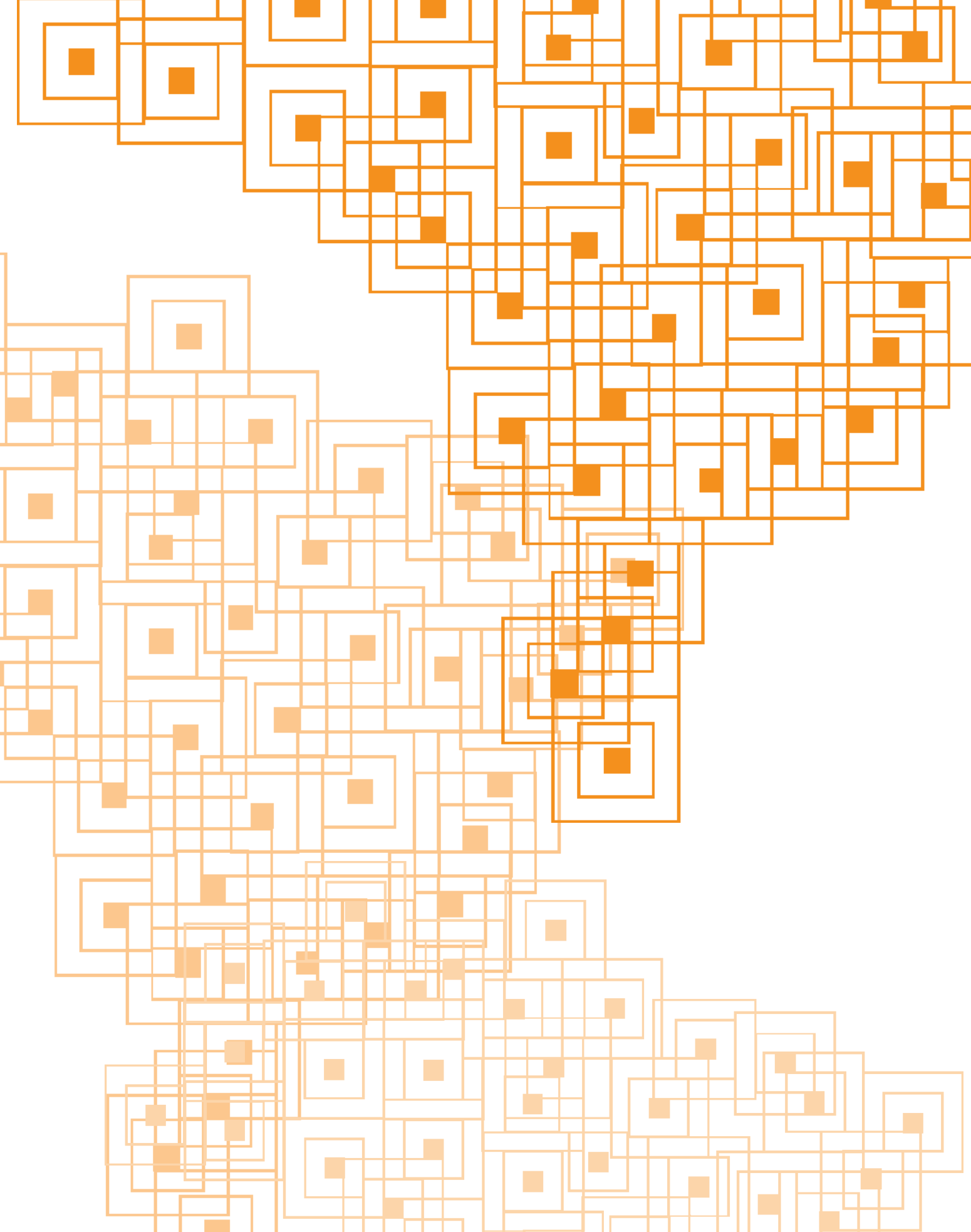
VARGAS LORENZO, I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de Gestión*, v. 8, n. 4, p. 167-179, 2002.

VARGAS LORENZO, I. et al. Impacto de un sistema de compra capitativo en la coordinación asistencial. *Gaceta Sanitária*, Barcelona, v. 22, n. 3, p. 218-216, 2008.

WAGNER, E. H.; AUSTIN, B. T.; VONKORFF, M. Improving outcomes in chronic illness. *Managed Care Quarterly*, v. 4, n. 2, p. 12-25, 1996a.

WAGNER, E. H.; AUSTIN, B. T.; VONKORFF, M. Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, v. 74, n. 4, 1996b.

VIII A coordenação federativa das redes de atenção à saúde no território



18. O papel das três esferas de governo na gestão do SUS

Luciana Dias de Lima, Cristiani Vieira Machado e
Tatiana Wargas de Faria Baptista

Descentralização e regionalização são princípios complementares que norteiam a organização político-territorial do Sistema Único de Saúde (SUS). De caráter público, nacional e universal, o SUS integra um conjunto amplo de ações que devem ser organizadas em uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, sob gestão descentralizada e comando único em cada esfera de governo (Brasil, 1988, 1990).

A descentralização da política de saúde tem como foco a transferência de poder decisório, responsabilidades e recursos financeiros da União para os estados e, principalmente, os municípios. O fortalecimento dos executivos estaduais e municipais se justifica como forma de promover a democratização e incorporar novos atores sociais de modo coerente com o desenho federativo brasileiro, mas, também, ampliar a capacidade de resposta do Estado aos problemas de saúde da população (Affonso; Silva, 1995; Gerschman, 1995).

Ressalta-se que o comando único (ou direção única) em cada esfera de governo é a tentativa de garantir, na gestão da política de saúde, a observância de um princípio comum a todo sistema federativo: a independência relativa entre os governos nacional e os subnacionais na elaboração de suas políticas próprias. Assim, no âmbito nacional, a gestão do sistema deve ser realizada de forma coerente com as políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde, no âmbito estadual, com as políticas elaboradas pelas secretarias estaduais, e, no âmbito municipal, pelas secretarias municipais de saúde.

Entretanto, na maioria das vezes, os fatores que determinam os problemas de saúde não respeitam os limites político-administrativos das esferas subnacionais no Brasil. A maior parte dos municípios e muitos estados não possuem condições para prover de forma autônoma as ações e os serviços necessários à atenção integral de seus cidadãos, apresentando recursos (financeiros, materiais e humanos) muito diferenciados entre si. As variações de tamanho, porte populacional e densidade demográfica dos entes federativos, e as iniquidades do ponto de vista sócio-econômico e geográfico também são muito significativas no país. Existem, ainda, dinâmicas territoriais próprias de determinados lugares, como aquelas relacionadas às áreas metropolitanas, às regiões

Para uma discussão das características da federação brasileira, bem como da diversidade territorial do SUS, reveja a Unidade de Aprendizagem I.

fronteiriças e à Amazônia Legal, que repercutem na organização e funcionamento do sistema de saúde.

Assim, é muito difícil separar de forma tão nítida os espaços territoriais de influência da atuação de cada esfera de governo. A decisão quanto à repartição de um território político-administrativo ou sua agregação em uma mesma região para fins de planejamento e organização dos serviços está associada, entre outros fatores, aos objetivos das políticas de saúde e às características dos municípios e estados envolvidos. Em geral, a interdependência entre os governos é bastante significativa no SUS (Campos, 2006; Fleury; Ouverney, 2007; Santos; Andrade, 2011), sendo necessário "transcender suas fronteiras" sem, contudo, desconsiderá-las, para se conformar uma rede de atenção integral à saúde no território.

A regionalização na saúde, que tem como objeto central a configuração de regiões, traduz-se como um processo político mais amplo, condicionado pelas relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos em diferentes espaços geográficos (Viana; Lima, 2011). Inclui, ainda, o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território (Kuschnir; Chorny, 2010; Mendes, 2010).

Além disso, a regionalização envolve, pelo menos, mais dois processos inter-relacionados: a incorporação de elementos de diferenciação e diversidade socioespacial no planejamento regional da saúde (Viana 0., 2008); a integração de diversos campos da atenção à saúde e a articulação de políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e para a redução das desigualdades territoriais (Gadelha et al., 2011).

É preciso, porém, levar em conta a especificidade dos processos de formulação e implantação de políticas públicas nacionais nos países federativos (Pierson; Liebfried, 1995). O desenho institucional das federações garante a repartição do poder do Estado em múltiplos centros, de modo que diferentes esferas de governo possam participar do processo político e defender seus interesses e direitos originários (Elazar, 1987; Lijphart, 2003). Dependendo do arranjo federativo adotado e da trajetória histórica da política de saúde nesses países, a implantação de sistemas nacionais universais pode exigir um processo longo e permanente de negociação entre autoridades políticas dotadas de legitimidade, visões e projetos distintos.

Por outro lado, nesses casos, a descentralização e a regionalização induzem a mudanças na distribuição do poder e nas relações interinstitucionais estabelecidas na política de saúde, o que requer o fortalecimento de mecanismos de coordenação federativa.

A coordenação federativa, compreendida como as formas de articulação entre diferentes esferas governamentais na gestão de políticas públicas, é um elemento-chave para se garantir o equilíbrio entre a autonomia e a interdependência dos entes e a amenização dos conflitos existentes entre eles, favorecendo a cooperação (Abrucio, 2005). Esta pode ser induzida por meio de mecanismos diversos: instrumentos legais e normativos que definam a distribuição e compartilhamento de funções e competências gestoras entre os entes; fóruns federativos e formalização de processos de negociação intergovernamental; funcionamento regular das instituições representativas; papel coordenador e/ou indutor do governo federal.

Para Viana, Lima e Oliveira (2002), a coordenação de políticas de saúde em cenário federalista também necessita da emergência de estruturas dedicadas à construção da relação centro/periferia, do reforço de burocracias eficientes nas diferentes esferas de governo, da atuação de gestores intergovernamentais e do desenvolvimento de instrumentos de diplomacia que favoreçam o entendimento e a cooperação intergovernamental.

Fórum

Segundo Abrucio (2005), a cooperação intergovernamental no âmbito das políticas públicas se faz necessária por várias razões, entre outras, para: otimizar o uso de recursos no caso de problemas de ação coletiva que atinjam mais de uma unidade federativa; auxiliar os governos com piores condições para exercerem suas responsabilidades, evitando o "jogo de empurra" entre os entes; combater comportamentos predatórios e integrar o conjunto de políticas compartilhadas entre os governos; distribuir informações sobre administrações e experiências bem-sucedidas, incentivando o associativismo intergovernamental.

De que modo os fatores elencados pelo autor se expressam na saúde? Você considera que as relações estabelecidas entre o governo federal, o estadual e os governos municipais em sua região têm sido cooperativas? De que modo estas relações favorecem ou dificultam o alcance dos objetivos acima elencados? Como as relações intergovernamentais poderiam ser aprimoradas em sua região?

Discuta com seus companheiros de curso e com seu tutor, utilizando a ferramenta fórum no AVA.

Reconhecendo a complexidade da implantação do modelo preconizado pelo SUS no contexto federativo brasileiro, a Unidade de Aprendizagem VIII apresenta o modo como a coordenação federativa foi instituída na política de saúde. Serão considerados três mecanismos de coordenação em cada um dos módulos que compõem esta unidade:

1. os dispositivos regulatórios que determinam a divisão e o compartilhamento de responsabilidades e funções gestoras entre as autoridades governamentais nos diferentes campos de atenção à saúde;
2. os mecanismos e instrumentos de gestão compartilhada no SUS;
3. os sistemas de partilha ou transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Vamos iniciar o estudo do primeiro tema convidando você para uma reflexão sobre o papel dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para refletir

O que é ser gestor do Sistema Único de Saúde? Com quem os gestores interagem na sua prática? Com quem negociam? Como compartilham ou dividem responsabilidades e atribuições? Quais os desafios relacionados às atividades dos gestores públicos da saúde, considerando o contexto em que atuam e os atores sociais (pessoas e grupos) com quem interagem?

Anote suas reflexões no Diário de Estudos.

Os trabalhadores e usuários do SUS deparam-se frequentemente em seu cotidiano com problemas de organização, funcionamento e qualidade dos serviços de saúde. A quem devemos recorrer para tentar solucionar esses problemas?

A definição clara das responsabilidades pela gestão do SUS é importante para assegurar as condições adequadas à concretização da saúde como direito de cidadania, tal como afirmado na Constituição Federal de 1988.

Além disso, importa considerar a forma como se processam as decisões sobre as políticas de saúde, visto que o funcionamento do SUS envolve uma grande quantidade de serviços e de pessoas (dirigentes, profissionais de saúde, prestadores de serviços, produtores e fornecedores de materiais insumos e usuários de serviços).

Nesse sentido, a Constituição de 1988 estabeleceu algumas diretrizes organizativas para o SUS que têm implicações sobre a forma como as decisões relativas às políticas de saúde são tomadas e implementadas.

Este módulo enfoca a definição do papel e das atribuições dos gestores no SUS. Primeiramente, discute-se a própria concepção de gestão pública da saúde adotada no Brasil. Em seguida, abordam-se as divisões de competências e responsabilidades entre os governos federal, estaduais e municipais, considerando as quatro macrofunções do Estado na saúde: formulação de políticas/planejamento, financiamento, regulação e prestação de serviços de saúde.

Os gestores do SUS

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei Federal nº 8.080, de 1990 (Brasil, 1990a) – define que a direção do SUS é única em cada esfera de governo e estabelece como órgãos responsáveis pelo desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na área de saúde: o Ministério da Saúde no âmbito nacional e as secretarias de saúde ou órgãos equivalentes nos âmbitos estadual e municipal. A partir dessa definição, o termo "gestor do SUS" passou a ser amplamente utilizado em referência ao ministro e aos secretários de saúde.

Mais do que um administrador, o gestor do SUS é a "autoridade sanitária" em cada esfera de governo. De forma geral, como representantes do governo no exercício da Administração Pública, os gestores devem observar, na sua prática, os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, conforme disposto no art. 37 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

Os princípios básicos da Administração Pública

O artigo 37 da Constituição Federal de 1988 estabelece que:
"A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência [...]" (Brasil, 1988).

O princípio da legalidade estabelece que os atos da Administração Pública devam se dar em conformidade com os princípios constitucionais e de acordo com a lei; a impessoalidade define a supremacia do interesse público, o universalismo de procedimentos e a igualdade no

tratamento das pessoas; a moralidade, atuação com ética, honestidade e integridade de caráter; a publicidade, a necessidade de divulgação dos atos administrativos, salvo algumas situações de exceção (como, por exemplo, aquelas situações que possam colocar em risco a vida das pessoas ou em caso de sigilo previsto em lei), e a eficiência, a qualidade e racionalidade na realização das atividades e no uso dos recursos.

Mais especificamente, o reconhecimento de duas dimensões indissociáveis da atuação dos gestores do SUS – a política e a técnica – pode ajudar a compreender a complexidade e os dilemas no exercício da autoridade sanitária, a natureza dessa atuação e as possíveis tensões relativas à direcionalidade da política de saúde em um dado governo e ao longo do tempo.

Em primeiro lugar, cabe lembrar que o cargo de ministro ou de secretário de saúde tem significado político importante: seu ocupante é designado pelo chefe do Executivo, democraticamente eleito em cada esfera do governo (presidente, governador ou prefeito). Isto situa o gestor da saúde como integrante de uma equipe que tem responsabilidade por um determinado "projeto de governo" e deve dar respostas ao chefe político em cada esfera e interagir com outros órgãos de governo.

Por outro lado, a autoridade sanitária tem a responsabilidade de conduzir as políticas de saúde segundo as determinações constitucionais e legais do SUS. Estas expressam uma política de Estado para a saúde que não se encerra no período de um governo. A interação projeto de governo-política de Estado setorial é inerente à atuação dos gestores do SUS, podendo muitas vezes expressar tensões que influenciam a possibilidade de continuidade e consolidação das políticas públicas de saúde.

Para refletir

Você conhece algum exemplo de política ou programa de saúde que tenha se expandido nos últimos anos no país, em seu estado ou em seu município, independente de mudanças de governo? Ou, ao contrário, você conhece políticas ou programas que tenham sido interrompidos em função de alteração dos governantes ou dos gestores do SUS? Em sua opinião, que fatores podem contribuir para a continuidade e o aprimoramento das políticas de saúde independentemente das mudanças nos ciclos de governo?

Anote suas reflexões no Diário de Estudos.

A atuação política do gestor do SUS se expressa em seu relacionamento constante com diversos atores sociais (pessoas e grupos) nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes, formais e informais. Os objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem a interação do gestor com os demais órgãos governamentais executivos (por exemplo, outros ministérios ou secretarias de governo), com outros Poderes (Legislativo e Judiciário; Ministério Público e Tribunais de Conta), com gestores de outras esferas de governo e com a sociedade civil organizada.

A atuação técnica do gestor do SUS, permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia por meio do exercício das macrofunções de Estado na saúde, cujas características e articulação conformam um dado modelo de intervenção estatal no setor (Machado, 2007).

As macrofunções de Estado na saúde

As macro-funções de Estado na saúde, também aqui denominadas como funções gestoras, podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a formulação e implantação de políticas na área da saúde, que devem ser exercidas de forma coerente com os princípios do SUS e da gestão pública. O exercício dessas funções depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde.

Simplificadamente, pode-se identificar quatro grandes grupos de funções gestoras na saúde que, por sua vez, compreendem uma série de subfunções e de atribuições.

1. **Formulação de políticas/planejamento.** Constituem funções fundamentais para o direcionamento da política de saúde, que envolvem a tomada de decisões e a proposição de intervenções sobre a realidade sanitária, abrangendo identificação de necessidades, de prioridades e diretrizes de ação; elaboração de estratégias e planos de intervenção; articulação com outros atores e mobilização de recursos necessários para a operacionalização das políticas.

2. **Financiamento**. Está relacionado à capacidade do Estado em garantir os recursos financeiros necessários à materialização dos direitos à saúde, envolvendo uma dimensão redistributiva. A função estatal de financiamento pode ser analisada em vários âmbitos, tais como: o comprometimento do gasto público com

a saúde; a magnitude do gasto público em saúde; a participação pública no gasto total em saúde (em relação ao gasto privado); o sistema de partilha fiscal (incluindo as transferências intergovernamentais na saúde) e a distribuição do gasto público entre esferas de governo (em países federativos); as prioridades do gasto público em saúde; o caráter redistributivo dos gastos (entre regiões e entre grupos sociais em um país); a gestão orçamentária e financeira dos recursos da saúde.

3. **Regulação**. Mesmo existindo diferentes concepções a seu respeito, considera-se que a função de regulação do Estado na saúde envolve quatro âmbitos principais (Machado, 2007): a regulação sobre prestadores de serviços públicos e privados; a regulação de sistemas/redes de saúde; a regulação sanitária; a regulação de mercados em saúde. Nestes âmbitos, inclue-se a adoção de um conjunto de estratégias voltadas para a regulamentação, coordenação e avaliação das ações, bens, serviços e sistemas de saúde, visando controlar procedimentos e processos, assim como induzir e assegurar determinadas características comuns e resultados mais uniformes.

4. **Prestação de serviços de saúde**. Expressa a responsabilidade pela provisão de ações e serviços de saúde que pode estar dividida entre vários agentes, governamentais e não governamentais. A prestação direta de serviços pelo Estado requer a existência de quadros próprios de funcionários e uma série de funções administrativas, relativas à gestão de pessoal, de compras, armazenamento e distribuição de insumos, e à organização e operação dos serviços próprios de saúde.

A trajetória dual se caracteriza pela dicotomia histórica das políticas de saúde no Brasil, marcante dos anos 30 aos anos 80, com expressões no âmbito das instituições e do direito à saúde. Tal dicotomia se expressou, de um lado, na construção de uma saúde pública voltada para o controle do ambiente e das doenças e, de outro, na expansão da assistência médica previdenciária voltada para a parcela da população trabalhadora e contribuinte do sistema.

Compreender as atribuições dos gestores do SUS requer, portanto, uma reflexão sobre as especificidades da atuação de cada esfera de governo no que diz respeito às funções gestoras, de forma coerente com as finalidades de atuação do Estado em âmbito nacional, estadual e municipal, e com os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde nos diversos campos de atenção à saúde (assistência à saúde, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e controle de doenças, desenvolvimento, produção e regulação de insumos para a saúde, formação e gestão de recursos humanos para a saúde).

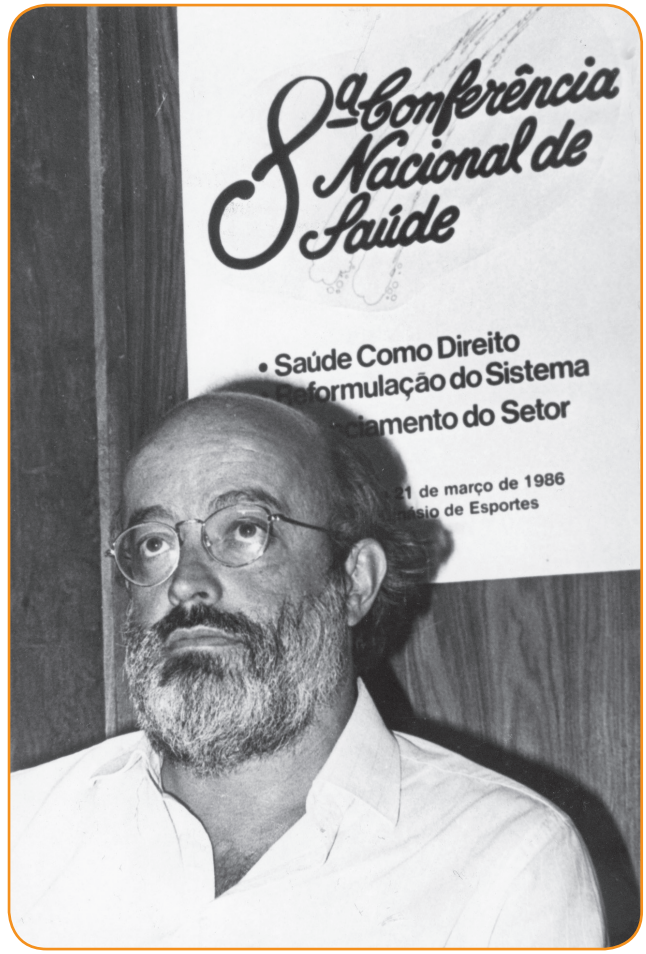
A discussão da trajetória histórica da política de saúde no Brasil é trabalhada na Unidade de Aprendizagem I.

Ainda que a saúde seja influenciada por diversas políticas públicas, as funções de Estado no âmbito setorial são, em sua maior parte, exercidas pelas autoridades sanitárias no país. Dada a trajetória dual da

política de saúde brasileira, tais funções foram, ao longo do século XX, exercidas por diferentes organismos estatais em cada esfera de governo, com características variadas. Acrescente-se a isso a predominância de um modelo centralizador na condução das políticas nacionais de saúde, seja na vertente da saúde pública, seja na previdenciária, coerente com a cultura política presente na federação e as características mais gerais dos regimes autoritários que vigoraram na maior parte do período pós 1930.

A agenda da reforma sanitária brasileira dos anos 80 e as concepções que constam da Constituição Federal de 1988 relativas à seguridade social e ao SUS pressupunham um modelo de atuação estatal na saúde diferente do anterior, reafirmando o dever do Estado na garantia do direito à saúde e recolocando a questão federativa no centro do debate. No entanto, a atuação do Estado na implantação do SUS nos anos 90 foi pressionada também pela agenda liberal de reformas hegemônica na década, sendo o modelo de intervenção estatal na saúde influenciado por essas duas agendas conflitantes (Machado, 2007; Ribeiro, 2009).

Figura 1 – A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e presidida pelo sanitarista Sérgio Arouca, então presidente da Fiocruz, foi um marco na luta pela Reforma Sanitária.



Fonte: COC/ Fiocruz. Fotógrafo: Álvaro Pedreira

A consolidação do SUS, as transformações do Estado e a descentralização político-administrativa condicionaram o papel das novas autoridades sanitárias (conformadas após a promulgação da Constituição de 1988) – o Ministério da Saúde pós-incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), as secretarias estaduais e as milhares de secretarias municipais de saúde – nos últimos 20 anos, exigindo mudanças nas funções, atribuições, estrutura e lógica de atuação dos gestores da saúde.

A divisão de competências e responsabilidades gestoras no marco regulatório do SUS

A legislação do SUS (Constituição e Lei Orgânica da Saúde) e diversas normas e portarias complementares editadas a partir dos anos 1990 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas. No entanto, a análise das funções delineadas para a União, estados e municípios nas políticas de saúde no âmbito legal e normativo evidencia que o sistema brasileiro se caracteriza pela ausência de padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados, o que é comum em países federativos, onde são marcantes as desigualdades nas condições entre os entes e a diversidade regional (Almeida, 2001). Na maioria das vezes, observa-se uma mistura entre competências comuns e concorrentes e competências específicas de cada esfera.

A descentralização e regionalização do SUS induziram a reconfiguração das funções dos gestores no sistema de saúde, que se expressam de forma diversificada de acordo com o campo de atenção à saúde, as distintas realidades loco/regionais e as negociações intergovernamentais subjacentes a estes processos. Por exemplo, nos campos das vigilâncias epidemiológica e sanitária, cujos processos de descentralização são mais recentes, observam-se esforços de divisão de atribuições entre estados e municípios baseados em uma lógica de repartição por complexidade. Na assistência à saúde, por sua vez, a divisão de responsabilidades sofreu a influência de outras variáveis, tais como os tipos de serviços oferecidos (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico; natureza das atividades realizadas, entre outras) e sua abrangência/escala territorial (local, regional, estadual e nacional).

De forma geral, sugerem-se as seguintes tendências consolidadas no âmbito da política de saúde:

1. **Formulação de políticas e planejamento**. A função de formulação de políticas e planejamento é uma atribuição comum das três esferas de governo, cada uma em sua esfera de atuação, sendo estratégica a ação dos governos federal e estaduais para a redução das desigualdades regionais e locais. A formulação de políticas tem sido compartilhada entre os gestores do SUS no âmbito das Comissões Intergestores e com outros atores sociais, por meio dos Conselhos de Saúde, embora isso não se dê de forma homogênea

entre os diversos temas da política. Em que pesem os esforços das esferas estaduais e municipais para a elaboração de seus planos de saúde e as iniciativas de regulamentação desse processo, o conteúdo dos planos e a abrangência das ações planejadas variam enormemente no território nacional. Já na esfera regional, há a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).

Na esfera federal, apenas recentemente se registram instrumentos de planejamento formais que envolvam uma explicitação clara de prioridades e estratégias (Machado; Baptista; Lima, 2010), como a Agenda Nacional de Prioridades (em 2001), o Plano Nacional de Saúde Plurianual (publicado em 2004) e o Mais Saúde (lançado ao final de 2007). Na esfera estadual, destaca-se o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumentos de planejamento e programação das ações e serviços de saúde no território. Já na esfera regional, há a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).

2. **Financiamento**. A responsabilidade pelo financiamento da saúde, segundo a legislação, deve ser compartilhada pelas três esferas de governo. A definição legal de um orçamento da seguridade social, as características do sistema tributário e as desigualdades da federação brasileira destacam a importância do financiamento federal na saúde. De fato, o peso do governo federal no financiamento da saúde ainda é importante, embora a participação relativa da esfera federal no gasto público em saúde tenha diminuído ao longo da década de 1990, ao mesmo tempo em que houve aumento relativo da participação dos municípios e dos estados. Trabalhos recentes indicam que, em 2008, a União foi responsável por 44% das despesas com recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde, os estados 28% e os municípios 29% (Levi; Scatena, 2011).

   Observa-se um aumento progressivo das transferências federais diretas para os gestores estaduais e municipais, tendo em vista o custeio das ações e serviços do SUS, que passam a exercer maiores responsabilidades sobre a execução dos recursos de origem federal. Entretanto, grande parte dessas transferências é condicionada ou vinculada a ações e programas específicos, restringindo o poder de decisão dos demais gestores sobre os recursos totais. Os gestores das três esferas de governo são responsáveis pela realização de investimentos que, em geral, não têm sido suficientes para a redução das desigualdades em saúde.

Os Módulos 19 e 20 desta unidade aprofundam, respectivamente, a discussão sobre as instâncias federativas e os instrumentos de gestão compartilhada no SUS, e os mecanismos utilizados para transferência intergovernamental de recursos financeiros vinculados à saúde.

Você pode saber mais sobre as políticas de regionalização em curso a partir de dezembro de 2010 e seus instrumentos na página do Ministério da Saúde na Internet: http://www.saude.saude.gov.br/.

A regionalização da política de saúde e seus instrumentos

A definição de "região de saúde" aparece pela primeira vez na regulamentação do SUS com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Brasil, 2001; 2002). A regionalização foi definida como a macroestratégia para o aprimoramento da descentralização, contemplando uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de "sistemas funcionais de saúde".

No âmbito do Pacto pela Saúde, a regionalização é concebida como a diretriz que "orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores" (Brasil, 2006).

Resgata-se o conteúdo político da regionalização ao se admitir que a organização do sistema de saúde deva levar em conta a diversidade dos elementos que caracterizam e distinguem o território brasileiro e o acordo estabelecido entre os entes federativos na política de saúde. O Pacto enfatiza a importância da condução e adaptação estadual da regionalização, restringindo as determinações federais nesse processo, atualiza os instrumentos de planejamento da NOAS (Plano Diretor de Regionalização - PDR, Plano Diretor de Investimentos em Saúde - PDI e a Programação Pactuada Integrada -PPI) e amplia a visão da regionalização para além da assistência à saúde.

Em dezembro de 2010, outras diretrizes nacionais foram formuladas de modo a apoiar o processo de configuração de redes regionalizadas de atenção à saúde nos estados brasileiros. A portaria nº 4.279 de 2010 (Brasil, 2010) define as regiões como áreas de abrangência territorial e populacional sob responsabilidade das redes de saúde, e o processo de regionalização como estratégia fundamental para sua configuração. Além disso, estabelece outros elementos constitutivos para o funcionamento das redes.

Mais recentemente, o Decreto Presidencial nº 7508, publicado em 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 de 1990 (Brasil, 2011), dá novo destaque às redes, estabelecendo instrumentos para sua efetivação: o mapa sanitário (que inclui a oferta pública e privada nas regiões), os contratos organizativos de ação pública (baseados na definição de regras e acordos jurídicos entre os entes federados nas regiões), os planos de saúde, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e as Comissões Intergestores (instâncias de governança regional das redes, incluindo as Comissões Intergestores Regionais, em substituição aos Colegiados de Gestão Regional propostos no Pacto pela Saúde).

Fonte: Brasil (2001, 2002, 2006, 2010, 2011).

3. **Regulação**. A responsabilidade de regulação sobre prestadores se desloca cada vez mais para os municípios, enquanto o Ministério da Saúde tem exercido seu poder regulatório principalmente sobre os sistemas estaduais e municipais, por meio de normas e portarias federais, atreladas a mecanismos financeiros.

   Aos estados, cabe a coordenação dos processos de regionalização, a regulação e articulação de sistemas municipais, o apoio à articulação intermunicipal, a coordenação da distribuição dos recursos financeiros federais nos municípios, a implantação de estratégias de regulação da atenção, a avaliação do desempenho dos sistemas municipais nos vários campos e o apoio ao fortalecimento institucional dos municípios.

   Aos municípios, atribuem-se as funções relativas à coordenação do sistema em seu âmbito, como a organização das portas de entrada do sistema, o estabelecimento de fluxos de referência, a integração da rede de serviços, a articulação com outros municípios para referências, a regulação e a avaliação dos prestadores públicos e privados situados em seu território.

   A regulação sanitária continua sendo uma atribuição federal importante, comandada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com atribuições progressivamente assumidas por estados e municípios. A regulação de mercados em saúde representa uma área estratégica de atuação federal, tendo em vista os fortes interesses econômicos envolvidos no setor saúde.

4. **Prestação de serviços de saúde**. Durante os anos 1990, ocorreu uma progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços para os estados e, principalmente, para os municípios, no âmbito da assistência à saúde, da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária. Grande parte dos municípios recebeu unidades de saúde de outras esferas, expandiu o quadro do funcionalismo e a rede de serviços próprios. No entanto, ainda se destaca a importância da prestação de serviços pelo gestor estadual na região Norte e Nordeste do país. Atualmente, o gestor federal é executor direto de serviços em situações excepcionais (hospitais universitários e alguns hospitais federais localizados no município do Rio de Janeiro, Porto Alegre, Brasília e Belém).

Em síntese, o Ministério da Saúde continuou a ter uma função importante na condução da política nacional de saúde, por meio da indução e regulação de políticas, exercendo seu poder sobre outras esferas de governo, prestadores de serviços e alguns mercados em saúde. Os municípios ganharam imenso destaque na política de saúde pelo aumento de suas responsabilidades no planejamento, no financiamento, na regulação e na prestação de serviços de saúde no âmbito local. Aos estados, por sua vez, cabe o importante papel de conduzir e coordenar os processos de regionalização da saúde em parceria com os municípios, o que exige uma atuação direcionada dos governos estaduais para a consolidação das redes regionalizadas de atenção à saúde e sua condução político-administrativa nas diferentes regiões do país (Lima et al., 2010).

O Quadro 1 sistematiza as principais atribuições dos gestores das três esferas de governo, organizadas pelas macrofunções descritas.

Quadro 1 – Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação	Prestação de serviços de saúde
Federal	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional. • Papel estratégico e normativo. • Manutenção da unicidade, respeitando a diversidade. • Busca da equidade. • Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e de práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. • Planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias, insumos e recursos humanos.	• Garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde. • Peso importante dos recursos federais. • Papel redistributivo. • Definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos.	• Regulação de sistemas estaduais. • Coordenação de redes de referência de caráter interestadual/nacional • Apoio à articulação interestadual. • Regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde. • Normas de regulação sanitária no plano nacional. • Regulação de mercados em saúde (planos privados, insumos). • Regulação das políticas de recursos humanos em saúde. • Coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde. • Avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais.	• Em caráter de exceção. • Em áreas/ações estratégicas.

Quadro 1 – Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS (cont.)

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação	Prestação de serviços de saúde
Estadual	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual. • Promoção da regionalização e elaboração de plano regional. • Estímulo à programação integrada. • Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde.	• Definição de prioridades estaduais. • Garantia de alocação de recursos próprios. • Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos.	• Regulação de sistemas municipais. • Coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal. • Apoio à articulação intermunicipal. • Coordenação da PPI no estado. • Implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex.: centrais, protocolos). • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas estaduais. • Avaliação do desempenho dos sistemas municipais.	• Em caráter de exceção. • Em áreas estratégicas: serviços assistenciais de referência estadual/regional, ações de maior complexidade de vigilância epidemiológica ou sanitária. • Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal.
Municipal	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal. • Planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos. • Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário).	• Garantia de aplicação de recursos próprios. • Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais. • Realização de investimentos no âmbito municipal.	• Organização das portas de entrada do sistema. • Estabelecimento de fluxos de referência. • Integração da rede de serviços. • Articulação com outros municípios para referências. • Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados. • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas municipais.	• Peso importante na execução de ações/prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária. • Gerência de unidades de saúde. • Contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.

Fonte: Adaptado de Noronha, Lima e Machado, 2008.

Atividade do Módulo 18

Observe novamente o Quadro 1 e procure refletir sobre a realidade de sua região, respondendo às seguintes questões:

1. Como os gestores do SUS repartem e exercem suas funções e atribuições?

2. Que condições você considera ser necessárias para que as diferentes esferas de governo que atuam em sua região desempenhem adequadamente suas atribuições?

3. De que forma as atribuições entre os governos poderiam ser aprimoradas?

Envie o resultado de sua análise para o seu tutor.

Referências

Abrucio, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, v. 24, p. 41-67, 2005.

Affonso, R.; Silva, P. L. B.(Org.). *A federação em perspectiva:* ensaios selecionados. São Paulo: Edições Fundap, 1995.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil:* promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 95, de 26 jan. 2001. Aprova a norma operacional da assistência à saúde - NOAS-SUS 01/01. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. *Regionalização solidária e cooperativa*. Brasília, DF, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 3).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da assistência à saúde:* aprofundando a descentralização com equidade no último acesso. Brasília, DF, 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 fev. 2002 e regulamentação complementar.

Campos, G. W. de S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, Sônia (Org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. p. 417-442.

Elazar, D. J. *Exploring federalism.* Tuscaloosa: University of Alabama, 1987.

Fleury, S.; Ouverney, A. M. *Gestão de redes:* a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007.

Gadelha, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011.

Gerschman, S. *A democracia inconclusa*: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

Kuschnir, R.; Chorny, A, H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

Levi, M. L.; Scatena, J. H. G. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. *In:* Viana, A. L. d`Á.; Lima, L. D. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: ContraCapa, 2011. p. 81-113.

Lijphart, A. *Modelos de democracia*: desempenho e padrões de governo em 36 países. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

Lima, L. D. et al. O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. *In*: Ugá, M. A. et al. (Org.). *A gestão do SUS no âmbito estadual:* o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010. p. 27-58.

Machado, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, 2007.

Machado, C. V.; Baptista, T. W. F.; Lima, L. D. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 757-772, 2010.

Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

Noronha, J. C.; Lima, L. D.; Machado, C. V. O Sistema Único de Saúde– SUS. *In*: Giovanella, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 435-472.

Pierson, P.; Leibfried, St. The dynamics of social policy integration. In: Leibfried, S.; Pierson, P. (Ed.). *European social policy:* between fragmentation and integration. Washington, D.C.: The Brookings Institution, 1995.

Ribeiro, P. T. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 819-828, 2009.

Santos, L.; Andrade, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

Viana, A. L. d'Á. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

Viana, A. L. d'Á.; Lima, L. D. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.* Rio de Janeiro: ContraCapa, 2011.

Viana, A. L. d'Á.; Lima, L. D.; Oliveira, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

19. Mecanismos e instrumentos de gestão compartilhada no SUS

Luciana Dias de Lima, Cristiani Vieira Machado
e *Tatiana Wargas de Faria Baptista*

Na Unidade de Aprendizagem I, vimos que o arranjo institucional e decisório do SUS envolve diversos órgãos governamentais, organizações colegiadas e de participação da sociedade civil. Tal arranjo faz com que os processos de formulação e implementação das políticas de saúde assumam cada vez mais uma feição compartilhada.

Reveja na Unidade de Aprendizagem I a apresentação do arcabouço institucional e decisório do SUS.

Nesta unidade, enfatizamos que, frente aos objetivos a serem perseguidos na área da saúde e a necessidade de consolidação de um sistema regionalizado de atenção à saúde, a atuação política do gestor do SUS envolve processos de negociação permanentes com outros representantes do poder público – incluindo os demais órgãos governamentais do Poder Executivo e de outros Poderes nas diferentes esferas de governo – em diversos recortes territoriais (nacional, estadual, regional e municipal).

Dessa forma, seja pelo processo inerente à tomada de decisão na política de saúde, seja pelo arcabouço institucional do SUS, seja pelos objetivos a serem atingidos na área da saúde, os gestores do SUS não exercem suas funções de forma isolada. Isto implica que seus objetivos e planos de ação sejam negociados e acordados com diferentes atores governamentais e não governamentais.

Neste módulo, procuraremos aprofundar a discussão sobre as organizações colegiadas e os instrumentos de pactuação e formalização dos acordos intergovernamentais no SUS. Serão analisadas as formas de funcionamento dos conselhos de representação, das instâncias federativas de negociação e gestão intergovernamental, em âmbito nacional,

estadual e regional – Conass, Conasems, Cosems, CIT, CIB e CIR – e dos Conselhos e Conferências de Saúde, enfatizando-se os avanços, limites e possibilidades dessas organizações, tendo em vista os novos requisitos trazidos pela regionalização, a diversidade em seus modos de operação e as necessidades de reforço e aprimoramento de sua institucionalidade. Também será enfocado neste módulo o papel de alguns instrumentos utilizados na saúde para a consolidação de parcerias e formalização de acordos intergovernamentais, tais como os consórcios de saúde, os Termos de Compromisso de Gestão previstos no Pacto pela Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP).

Os conselhos de representação dos secretários de saúde

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), que é o conselho de representação nacional dos secretários estaduais de saúde, foi fundado em fevereiro de 1982. O objetivo era tornar o conjunto das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal mais atuantes no processo de reforma da saúde, em uma conjuntura de abertura política e de redemocratização do país.

A Lei federal nº 8.142 de 1990 (Brasil, 1990b), ao dispor sobre a participação da sociedade na gestão do SUS, define o Conass como representante dos estados no Conselho Nacional de Saúde. Já a NOB SUS 01/93 estabelece a participação do Conass na CIT, legitimando seu papel na formulação e implementação da política nacional de saúde (Brasil, 1993). Contudo, foi ao longo da década de 1990, na luta por recursos estáveis para o sistema de saúde brasileiro e para a ampliação do processo de descentralização da gestão do SUS, que o Conass firmou-se progressivamente como entidade representativa dos gestores.

Figura 1 – O CONASS, fundado em fevereiro de 1982, congrega os Secretários de Estado de Saúde.
Acesse em www.conass.org.br

CONASS
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Entre os órgãos diretivos do Conass, destacam-se a sua diretoria, formada por um presidente e cinco vice-presidentes regionais e a assembléia geral. A assembléia geral é o órgão máximo da entidade, com poderes deliberativos e normativos, da qual fazem parte todos os seus membros efetivos. As reuniões da assembléia geral são ordinárias ou extraordinárias, sendo realizadas, no mínimo, seis vezes ao ano. A assembléia geral tem competência para eleger os órgãos diretivos do Conass e para deliberar e normatizar sobre todos os assuntos de interesse do SUS e do conjunto das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal.

A diretoria do Conass é assessorada tecnicamente por uma secretaria executiva desde novembro de 2002 (antiga secretaria técnica do Conass), formada por técnicos, geralmente egressos das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal. Subordinadas à secretaria executiva, existem as câmaras técnicas, como as de Gestão e Financiamento do SUS, de Atenção à Saúde, de Assistência Farmacêutica, de Vigilância Sanitária, de Epidemiologia, de Recursos Humanos, de Informação e Informática.

Além das atividades de assessoria à diretoria, a secretaria executiva possui outras responsabilidades, tais como: representação e participação ativa nas negociações técnicas com os municípios, o MS e outras instâncias decisórias do SUS; criação de instrumentos de difusão de informação entre as equipes das SES e outros profissionais de saúde; desenvolvimento de pesquisas e estudos de interesse comum dos gestores; apoio e assessoria direta a secretarias de estado de saúde em temas específicos.

Você pode saber mais sobre a organização e funcionamento do Conass por meio de seu estatuto, disponível na página da Internet: http://www.conass.org.br/ .

A formação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) é também anterior à legislação do SUS. Suas origens remontam a uma série de encontros entre secretários de saúde realizados desde o início da década de 1980, e se confundem com o movimento municipalista que se fortaleceu no contexto de democratização e desempenhou um papel importante na reforma sanitária brasileira. A primeira diretoria do Conasems foi empossada em 1988.

Entre os órgãos de direção do Conasems, destacam-se a sua diretoria, composta por um presidente, e um vice-presidente e cinco vice-presidências regionais, além de várias secretarias extraordinárias, formadas sobre temas específicos. Para melhorar a articulação entre os milhares de gestores municipais no país, o Conasems realiza encontros nacionais periódicos (no mínimo, anuais) e conta com um conselho nacional de representantes estaduais (Conares), que reúne periodicamente os presidentes de todos os Cosems estaduais.

A Lei nº 8.142 de 1990 estabelece que o Conasems tem representação no Conselho Nacional de Saúde, e a Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/93 estabelece que esse conselho deve integrar a Comissão Intergestores Tripartite (Brasil, 1990b; 1993). Desta forma, o Conasems representa o canal legítimo e formal de participação dos secretários municipais na formulação e implementação da política nacional de saúde.

Em cada estado, existem representações estaduais dos secretários municipais de saúde, usualmente denominados Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems). A NOB SUS nº 01/93 também estabelece que o órgão de representação dos secretários municipais de saúde

Figura 2 – O CONASEMS, criado em 1988, congrega as Secretarias Municipais de Saúde. Acesse em www.conasems.org.br

Fonte: www.coffito.org.br

no estado integre a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o que assegura a participação dos gestores municipais nas decisões sobre a política de saúde no âmbito estadual. Como será discutido a seguir, os critérios para seleção da representação dos secretários municipais na CIB diferem muito entre os estados.

O Conass, o Conasems e os Cosems estaduais são espaços importantes para a articulação política entre os gestores e a formação de pactos horizontais (ou transversais) nas relações federativas da saúde, envolvendo esferas do mesmo nível de governo. São também instâncias de apoio técnico às secretarias de saúde, especialmente àquelas com piores condições administrativas e as situadas em municípios de menor porte. A forma de organização, de articulação entre os secretários e de divulgação de informações por esses conselhos, em geral, diferem bastante, sendo comuns: a realização de assembléias gerais e/ou de encontros regionais, jornais periódicos, mala-direta, internet e e-mail.

Ressalta-se a pouca produção e investigação sobre o modo de funcionamento destas instâncias; particularmente, seu processo decisório interno, suas formas de representação e articulação dos interesses regionais e locais e seu poder de interferência sobre a política nacional e estadual de saúde e sobre as decisões tomadas nas instâncias decisórias do SUS, como as comissões intergestores. Entretanto, dado que representam as secretarias de saúde nessas comissões, sua capacidade de organização e articulação de interesses repercute diretamente no modo de operação destas instâncias.

Para praticar

Saiba mais sobre a organização e funcionamento do Conasems e dos Cosems por meio das informações disponíveis na página da Internet: http://www.conasems.org.br/ .

Procure também conhecer um pouco mais sobre o Cosems em seu estado: ele possui uma organização (representação) regional? Possui secretaria técnica ou executiva? Como é feita a escolha de sua diretoria? Quais os mecanismos e instrumentos utilizados para promover a articulação dos gestores municipais e divulgar informações?

Registre os resultados de sua pesquisa.

As Comissões Intergestores na saúde

Na área da saúde, face à necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS, foram criadas as Comissões Intergestores. O objetivo destas instâncias é propiciar o debate e a negociação entre as três esferas de governo no processo de formulação e implementação da política de saúde, devendo submeter-se ao poder fiscalizador e deliberativo dos conselhos de saúde participativos.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em funcionamento desde 1991 no âmbito nacional, tem atualmente 18 membros, sendo formada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos secretários estaduais de saúde indicados pelo Conass e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conasems, segundo representação regional.

Ao longo da década de 1990, a CIT se consolidou como canal fundamental de debate sobre temas relevantes da política nacional de saúde, promovendo a participação de estados e municípios na formulação dessa política por meio dos seus conselhos de representação nacional e incentivando a interação permanente entre gestores do SUS das diversas esferas de governo e unidades da federação. A atuação da CIT se destaca particularmente nas negociações e decisões táticas relacionadas à implementação descentralizada de diretrizes nacionais do sistema e aos diversos mecanismos de distribuição de recursos financeiros federais do SUS.

A CIT foi de fundamental importância no processo de debate para a elaboração das normas operacionais que regulamentaram a descentralização no SUS. Vale também assinalar que é comum a formação de grupos técnicos compostos por representantes das três esferas, que atuam como instâncias técnicas de negociação e de processamento de questões para discussão posterior na CIT. Sua dinâmica tem favorecido a explicitação e o reconhecimento de demandas, conflitos e problemas comuns às três esferas de governo na implementação das diretrizes nacionais, promovendo a formação de pactos intergovernamentais que propiciam o amadurecimento político dos gestores na gestão pública da saúde (Lucchese et al., 2003). No entanto, algumas pesquisas sugerem que diversas questões e decisões estratégicas para a política de saúde não passam pela CIT ou são ali abordadas de forma periférica e que as relações entre gestores nessa instância têm caráter assimétrico, no que tange ao poder de direcionamento sobre a política (Miranda, 2003; Machado, 2007).

Para praticar

Você já entrou na página da CIT na internet

(http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28601)?

Busque um sumário executivo na página da CIT na internet de uma das reuniões recentes e veja os temas discutidos. O que você tem a considerar em relação a esses temas? Levando em conta a sua experiência e a realidade local, você considera que os temas debatidos são relevantes para o SUS? Por quê?

Registre as suas considerações.

As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) foram formalmente criadas pela Norma Operacional Básica de 1993, a qual estabelece a CIB como "instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS" (Brasil, 1993), ressaltando os aspectos relacionados ao processo de descentralização no âmbito estadual. Em cada estado há uma CIB, formada paritariamente por representantes estaduais indicados pelo secretário estadual de saúde e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) de cada estado.

Os critérios para definir os representantes dos municípios e do estado na CIB podem diferir bastante. Na maior parte das vezes, os representantes municipais são escolhidos em amplos processos de debate promovidos pelo Cosems, considerando critérios diversos, entre eles a distribuição regional dos municípios, o porte populacional e a liderança política dos gestores municipais. Ressalta-se que a adoção do critério regional para a definição desses representantes é frequente e tem se mostrado importante para a consideração da diversidade regional do sistema estadual de saúde. Além disso, em vários estados, procura-se promover uma alternância dos representantes municipais, mas, em geral, o secretário de saúde da capital tem assento na CIB. No que se refere aos representantes da secretaria estadual de saúde, estes, na sua maioria, possuem perfil técnico-político e respondem por áreas estratégicas para a definição e organização do sistema de saúde.

As CIB, cujas reuniões, em geral, apresentam periodicidade mensal, discutem tanto questões relacionadas aos desdobramentos de políticas nacionais nos sistemas estaduais e municipais de saúde (a questão da distribuição de recursos federais do SUS é um tema frequente) quanto

referentes a agendas e políticas definidas no âmbito de cada estado. Em que pese a predominância dos temas relativos à organização da assistência à saúde, questões relativas às vigilâncias (principalmente, a epidemiológica), à educação em saúde, as políticas específicas e à gestão (financiamento, sistemas de informações e avaliação) são frequentemente debatidas.

Assim como na CIT, o processo decisório nas CIB deve se dar por consenso, visto que é vedada a utilização do mecanismo do voto, visando estimular o debate e a negociação entre as partes. Segundo Miranda (2010), uma certa "racionalidade comunicativa" de interação nas CIB é predeterminada pela norma que atrela a decisão formal ao consenso. Entretanto, alguns constrangimentos podem ser observados nas negociações intergovernamentais, devido aos prazos estipulados para os acordos e pelas próprias assimetrias de poder existentes entre as esferas de governo.

Outros autores indicam resultados positivos em relação aos processos decisórios instituídos nas CIB. Em que pese o caráter especializado e restrito dessas instâncias, enfatiza-se a possibilidade da representação de diferentes grupos de interesse, a construção da parceria entre estado e municípios e a consolidação de uma prática de negociação mais equilibrada, democrática e participativa entre os gestores (Ribeiro, 1997; Lima, 1999; Silva; Labra, 2001).

A participação nas reuniões mensais geralmente é aberta a todos os secretários municipais e às equipes técnicas das secretarias, embora o poder de decisão se limite aos membros formais da comissão. Desta forma, muitas vezes as reuniões da CIB são momentos de intenso debate e interação entre as equipes municipais e destas com a estadual. As CIB vêm se tornando, para os municípios, a garantia de informação e atualização dos instrumentos técnico-operativos da política de saúde, de implementação dos avanços na descentralização do sistema de saúde e de fiscalização das ações do estado na defesa de seus interesses, principalmente com relação à distribuição dos recursos transferidos pelo nível federal.

Na maioria dos estados, há câmaras técnicas bipartites que também se reúnem mensalmente, antes da reunião da CIB, visando debater e processar as questões com vistas a facilitar a decisão dos representantes políticos na CIB. Em outros estados, essas câmaras não existem de forma permanente, mas é comum a formação de grupos técnicos (ou grupos de trabalho) para a discussão de temas específicos. A existência de estruturas para processamento técnico-político facilita a obtenção de consensos e a amenização de conflitos intergovernamentais.

As CIB permitem a adaptação das diretrizes nacionais do processo de descentralização em nível estadual, propiciando a formação de acordos e a redefinição de papéis entre as esferas subnacionais na gestão dos sistemas e serviços de saúde. Esses arranjos refletem não só a capacidade gestora e a qualificação gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde, como também o grau de amadurecimento das discussões e as particularidades locais e regionais do relacionamento entre as diferentes instâncias de governo.

Para praticar

Você sabe como funciona a CIB no seu estado? Sabe se o secretário de saúde do seu município participa das reuniões da CIB? Já ouviu falar algo sobre o funcionamento dessa instância?

Busque na internet um site da CIB (eventualmente o acesso se dá por meio da página eletrônica da Secretaria de Estado de Saúde). Veja se estão disponíveis o calendário, as pautas e as atas ou resumos das reuniões mensais. Que temas têm sido discutidos na CIB do seu estado? Os temas da pauta têm refletido os temas de interesse do seu município?

Por fim, registre os resultados de sua pesquisa.

Em alguns estados existem CIB regionais, também de composição paritária, com o objetivo de permitir a discussão dos problemas de saúde e da organização da rede de serviços das diversas regiões do estado, bem como de propor soluções mais apropriadas às distintas realidades territoriais. As CIB regionais funcionam de forma bastante diversificada, mas, em geral, suas propostas ou decisões relevantes são referendadas pela CIB estadual.

Avaliação Nacional das CIB

Em recente pesquisa realizada sobre a regionalização em saúde nos estados brasileiros (Viana; Lima, 2011), foi possível identificar o importante papel das CIB nesse processo. As CIB têm atuado na definição e pactuação de estratégias e instrumentos de regionalização (revisão dos Planos Diretores de Regionalização, Programação Pactuada e Integrada, debate sobre contratualização) e na implantação de estruturas de coordenação regional (os Colegiados de Gestão Regional – CGR, atualmente denominados Comissões Intergestores Regionais).

Por outro lado, a regionalização tem propiciado mudanças nas CIB, principalmente nas suas formas de organização (alterações de regimentos e de suas estruturas regionais), representatividade (inclusão de critérios regionais de representação na CIB estadual e transformação de algumas CIB regionais em CGR) e operação (definição de fluxos de relacionamento com as estruturas regionais do estado e Cosems, com as CIB regionais e os CGR); nas relações intergovernamentais e nos conteúdos das negociações (ampliação de pautas regionais, sendo a regionalização um tema frequentemente debatido nas reuniões).

Entretanto, a dinâmica das CIB e sua importância na regionalização variam entre os estados, estando relacionadas à institucionalidade dessa comissão, bem como aos padrões de relacionamento e processos políticos estabelecidos para o seu funcionamento como instância de negociação e pactuação do SUS. É possível afirmar que a ausência de canais permanentes de negociação entre estados e municípios (Câmaras Técnicas ou grupos de trabalho) desfavorece o estabelecimento de relações intergovernamentais cooperativas na CIB, comprometendo sua capacidade na definição da política. Por outro lado, o reconhecimento da relevância e legitimidade dessa comissão pelos altos dirigentes da secretaria de estado de saúde e a existência de um Cosems forte, política e tecnicamente, favorecem a coordenação intergovernamental da política de saúde por meio da CIB.

Fonte: Viana; Lima, 2011.

Os resultados da pesquisa encontram-se disponíveis em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/descentralizacao/cibs/index.php.

Os Colegiados de Gestão Regional (ou Comissões Intergestores Regionais)

O Pacto pela Saúde propôs a implantação de organizações colegiadas de gestão nos espaços regionais definidos nos Planos Diretores de Regionalização em cada estado: os Colegiados de Gestão Regional (CGR). Formados por representação do estado (do nível central ou das estruturas de representação regional das secretarias de estado de saúde) e do conjunto de municípios nas regiões (Brasil, 2009), tais estruturas permitiam a criação de um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental, com regras próprias e funcionamento estável.

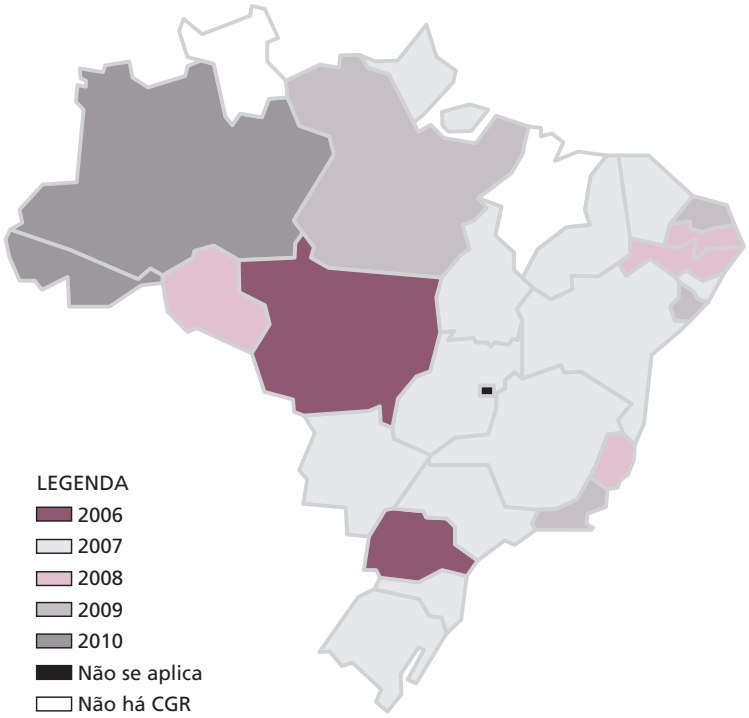
Estas organizações buscavam favorecer a identificação de problemas, a constituição de objetivos compartilhados e a definição de prioridades e propostas para a organização e o financiamento de uma rede regionalizada de atenção à saúde, estabelecendo uma lógica voltada para as necessidades regionais de saúde na provisão dos serviços (enfoque regional).

A exemplo do que se verificou em relação aos processos de adesão estadual e municipal ao Pacto, a implantação dos Colegiados teve seu inicio no ano de 2006 e obedeceram a ritmos próprios em cada estado. Também eram variadas as formas de organização e funcionamento dessas instâncias, sendo diferentes os modelos adotados para lidar com os contextos e lugares existentes.

Diversos foram os fatores e a natureza dos fenômenos que condicionaram e particularizaram a implantação dos Colegiados nos estados. Assim, fatores de natureza histórico-estrutural, ligados às dinâmicas sócio-econômicas e às características dos sistemas de saúde, foram determinantes, assim como aspectos de ordem político-institucional, entre os quais se destacam o legado de implantação de políticas prévias de descentralização e regionalização, o aprendizado institucional acumulado pelas instâncias colegiadas do SUS e pelos governos estaduais e municipais, a existência de uma dada cultura de negociação intergovernamental, a qualificação técnico-política da burocracia e os modos de operação e condução das políticas de saúde nos estados. Do mesmo modo, fatores conjunturais, particularmente aqueles relacionados à ação política, como o perfil e trajetória dos atores políticos, a dinâmica das relações intergovernamentais e a prioridade da regionalização na agenda governamental, repercutiram e continuam repercutindo no processo decisório e nas escolhas realizadas.

Entre 2006 e setembro de 2010, foram implantados 417 Colegiados de Gestão Regional no país, que abrangem 5.332 municípios em 24 estados, dado que Roraima e Maranhão não instituíram Colegiados de Gestão Regional. Veja a Figura 1.

Figura 1 – Ano de implantação dos Colegiados de Gestão Regional nos estados – Brasil, de 2006 a 2010



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada – DAGD/SE.
Nota: Os dados de 2010 se referem ao mês de setembro.

A implantação dos Colegiados foi influenciada pela prática de revisão e atualização do desenho regional adotado no âmbito estadual. Em alguns estados, essa atualização, ao ser realizada, considerou os conteúdos das propostas contempladas no Plano Estadual de Saúde, o que indica um esforço de alinhamento prévio entre instrumentos de planejamento que orientam as decisões gestoras no contexto do SUS.

Por outro lado, há situações nas quais os estados definiram seus Colegiados sem que tenha havido previamente uma revisão e atualização do Plano Diretor de Regionalização (PDR). Nesses casos, estas instâncias cumpriram os requisitos para sua formalização, mas apresentavam dificuldades para se constituir como fóruns permanentes de negociação intergovernamental nas regiões de saúde por não preencherem um requisito essencial neste sentido: a correspondência com os arranjos regionais reconhecidos e/ou pretendidos pelo conjunto de gestores do SUS nesses estados. Tal situação dificulta a consolidação de uma cultura de debate e negociação pelo conjunto dos gestores e fragiliza a governança regional na saúde.

Também é preciso reconhecer que muitos Colegiados apresentavam ainda funcionamento irregular e incipiente e, em geral, não possuíam estrutura e recursos suficientes que permitissem o desenvolvimento de parcerias e a resolução de conflitos federativos. Além disso, havia a necessidade de que os esforços setoriais buscassem assegurar a implantação de fluxos e modalidades de relacionamento específicos entre os CGR e outras estruturas regionais e colegiadas do SUS, no sentido de superar dificuldades que pudessem existir no exercício descentralizado do poder de negociação e de decisão. Faltava avançar na configuração de estratégias e instrumentos de planejamento, regulação e financiamento que possam apoiar a conformação de sistemas públicos de saúde nos espaços regionais definidos por essas instâncias.

Com a publicação do Decreto nº 7508/2011(Brasil, 2011), os Colegiados de Gestão Regional (CGR) passaram a ser denominados Comissões Intergestores Regionais (CIR), como parte do processo de transição entre a lógica operacional do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). A CIR passa a ser definida como foro interfederativo regional de negociação e pactuação de temas referentes à organização e ao funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção à saúde (Brasil, 2011 – resolução nº 1 da CIT). Esta comissão é formada por todos os gestores municipais da Região de Saúde e por representante do gestor(es) estadual (is), que reunir-se-ão ordinariamente para pactuar questões referentes ao conteúdo do COAP.

De acordo com a resolução CIT (Brasil, 2011)estão entre as competências da CIR:

- pactuar sobre o rol de ações e serviços que serão ofertados na respectiva Região de Saúde, com base na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES);
- pactuar sobre critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços;
- definir critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços;
- definir responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo na Região de Saúde, a serem incluídas no COAP, definidas a partir da Rede de Atenção à Saúde;
- monitoramento e avaliação do COAP.

Até agosto de 2013, apenas dois estados da federação haviam aderido ao COAP – Ceará e Mato Grosso do Sul –, situação que permaneceu sem modificações ao longo de 2014.

Para refletir

No seu conhecimento/ experiência, como tem sido a atuação da CIR em sua região?

Tem sido possível cumprir as funções definidas na Resolução CIT, algumas das quais foram citadas acima?

Há limitações à sua atuação da forma como proposta pela Resolução? Quais?

Registre suas observações em seu Caderno de Estudos.

Entre os resultados da pesquisa "Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIB): as CIB e os modelos de indução da regionalização no SUS" destacam-se a conformação de uma tipologia nacional e de uma base de indicadores das regiões de saúde, que correspondem aos limites territoriais (agregados municipais) dos Colegiados de Gestão Regional. Foram incluídos 397 Colegiados constituídos até janeiro de 2010, que agregavam 5071 municípios e 173 milhões de habitantes. As regiões conformadas pelos Colegiados possuíam em média 13 municípios e uma população de cerca de 34 mil habitantes. Observou-se a extrema diversidade na composição de municípios e porte populacional entre essas instâncias nos diferentes estados do país. Os produtos da pesquisa podem ser obtidos em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/descentralizacao/cibs/index.php.

As Conferências e os Conselhos de Saúde

Com o intuito de concretizar a diretriz do SUS de participação da comunidade, a Lei nº 8.142 de 1990 preconiza duas importantes instâncias colegiadas: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde (Brasil, 1990a). A existência dessas instâncias é coerente com pelo menos três ideias principais:

1. a necessidade de concretização do controle social, que expressa o objetivo de controle da sociedade sobre o Poder Público e as políticas de saúde (o ideal da democracia participativa);
2. o esforço de construção de uma gestão participativa, que pressupõe que o processo de formulação e implementação da política de saúde pelos gestores deva ser compartilhado com a sociedade;
3. a necessidade de propiciar um círculo virtuoso entre a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde que rompa com os padrões tradicionais de comportamento político de nossa sociedade (clientelismo, patrimonialismo, personalismo).

As Conferências de Saúde têm como objetivo principal a definição de diretrizes gerais para a política de saúde, devendo ser realizadas nacionalmente a cada quatro anos e contar com ampla participação da sociedade, com representação paritária dos usuários e demais segmentos (gestores, profissionais de saúde e prestadores de serviços). A periodicidade das Conferências Municipais , em geral, é bianual, e as estaduais, à semelhança das nacionais, são realizadas a cada quatro anos, por convocação do Poder Executivo correspondente.

Figura 2 – Abertura da 1a. Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, realizada em dezembro de 1986

Fonte: www.icict.fiocruz.br

Figura 3 – Abertura da 14a. Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro/dezembro de 2011

Fonte: www.coren-rj.org.br

Nos municípios maiores, muitas vezes, é necessária a realização de Conferências Locais/Distritais antes da Conferência Municipal. Em estados com grande número de municípios, podem ser realizadas Conferências Regionais antes da estadual, e a representatividade das diversas regiões deve ser assegurada na Conferência Estadual.

As conferências estaduais e municipais devem incluir os temas previstos para a etapa nacional, servindo também para a discussão e aprovação de propostas prévias que contribuam com as políticas de saúde e que serão levadas posteriormente para discussão mais ampla durante a Conferência Nacional.

Até 2011, foram realizadas 14 Conferências Nacionais de Saúde. A 15ª está programada para novembro de 2015. Consulte os anos de realização, bem como os principais temas destas Conferências na página do Ministério da Saúde na internet: http://www.saude.gov.br/ .

Os Conselhos de Saúde são colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados em cada esfera por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários, sendo que este último grupo deve constituir no mínimo metade dos conselheiros. Suas atribuições são atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Na formulação de políticas, a atuação dos Conselhos deve ser propositiva, interagindo com o gestor do SUS nessa esfera (que tem assento no Conselho de Saúde) e com o Poder Legislativo. Já em relação ao controle da execução das políticas, este deve ser exercido por meio do acompanhamento permanente das ações implementadas e sua coerência com os princípios do SUS e as necessidades de saúde da população.

Quanto à composição e formação dos Conselhos Municipais e Estaduais, a lei ou decreto de sua criação deve respeitar a proporcionalidade de cada segmento, definindo a duração dos mandatos e as estratégias do processo de representação. Ainda que a composição dos Conselhos deva ser a mais plural possível, é importante que os conselheiros trabalhem para construir consensos efetivamente voltados para a consolidação dos princípios do SUS, evitando que prevaleçam interesses de segmentos específicos, ou que ocorram polarizações e confrontos político partidários, corporativos e particulares.

No que diz respeito aos temas e formas de deliberação utilizadas, é importante que os Conselhos construam e sigam uma agenda de temas prioritários para a implementação do SUS, de forma a acompanhar ou até antecipar a agenda do gestor correspondente. No caso de deliberações que impliquem a adoção de medidas administrativas, estas devem ser homologadas, ou seja, transformadas em ato oficial do gestor do SUS.

É importante que os gestores da saúde mobilizem esforços na organização das Conferências de Saúde e valorizem e respeitem o papel dos Conselhos de Saúde. Para isso, é fundamental investir na divulgação das conferências desde o início de sua preparação, mobilizar diversos setores da sociedade, organizar o processo de seleção de delegados e de definição dos temas e, posteriormente, assegurar a divulgação das deliberações por intermédio de um relatório final. Por outro lado, faz-se necessário que os conselheiros recebam todas as informações, subsídios e apoio necessários ao cumprimento de suas atribuições, além de dispor de alguma estrutura física, financeira e de pessoal para o seu funcionamento.

Para saber mais sobre as atribuições da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). consulte: http://www.saude.gov.br/

Você sabia?

Visando apoiar o fortalecimento da gestão e do controle social na política de saúde, foi criada em 2003, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Após reformulação, em 2007, esta passa a englobar ações de auditoria do SUS, bem como de monitoramento e avaliação. Entre suas principais atribuições, a SGEP articula as ações do Ministério da Saúde referentes à gestão estratégica e participativa com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da área da saúde. A SGEP também apóia o processo de controle social do SUS, para o fortalecimento da ação dos conselhos de saúde, e promove, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a realização das Conferências de Saúde e das Plenárias dos Conselhos de Saúde, com o apoio dos demais órgãos do Ministério.

Você pode saber mais sobre o Conselho Nacional de Saúde e suas principais deliberações por meio da sua página na internet: http://www.conselho.saude.gov.br/

Para conhecer um pouco mais sobre a realidade dos Conselhos Municipais de Saúde, vale a pena conhecer os resultados de pesquisa censitária sobre os conselhos publicados no artigo "Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS", de Marcelo Rasga Moreira e Sarah Escorel (2009), disponível em http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/15.pdf .

Atualmente, existem Conselhos de Saúde constituídos e atuantes, que se reúnem mensalmente, no âmbito nacional, estadual e em milhares de municípios brasileiros. Em alguns estados e municípios, os conselhos também estão organizados em âmbito regional ou distrital. Entretanto, a atuação desses conselhos é bastante diferenciada, e, em que pese a importância dessas instâncias para a democratização da política de saúde, ampliando e diversificando número de atores que participam de seu processo decisório, sabe-se que a institucionalização dos conselhos per si é insuficiente para que o processo decisório seja efetivamente democratizado (Moreira; Escorel, 2009).

As questões relacionadas às formas de consolidação da democracia, em seus diferentes formatos, são mais amplas e remetem à história e à cultura política de cada sociedade, o que sugere imensos desafios a serem enfrentados na consolidação desses espaços como instrumentos efetivos de controle social e de gestão participativa.

Consórcios de saúde

Os consórcios de saúde representam parcerias estabelecidas entre entes de governo visando o alcance de interesses comuns, em geral, com a finalidade de ampliar o acesso da população a determinados tipos de ações e serviços de saúde.

Apesar de existirem consórcios de saúde antes mesmo da Constituição Federal de 1988, os consórcios intermunicipais proliferaram de forma expressiva na segunda metade da década de 1990, particularmente entre os anos 1995 e 1996 (Lima, 2000), de forma associada ao processo de descentralização. De certa forma, os consórcios foram um mecanismo utilizado para amenizar as limitações relacionadas ao processo de municipalização dos serviços de saúde em uma federação marcada por grande proporção de municípios com pequeno porte populacional, que não têm condições de garantir isoladamente a oferta de serviços necessários à atenção integral da saúde da população em seu âmbito político-administrativo.

Você sabia?

O primeiro consórcio intermunicipal de saúde surgiu na região de Penápolis, no estado de São Paulo, em 1987 (Monteiro, 1989). Inspirado por experiências prévias em outros setores (recuperação das várzeas, informática, alimentos e merenda escolar), este consórcio foi fruto de uma junção de sete municípios que se associaram para tentar dar respostas a problemas comuns, bem como garantir o uso compartilhado de equipamentos de maior complexidade no sistema regional de saúde.

A área da saúde é a que mais apresenta consórcios no país. Em 2005, segundo dados do IBGE, mais de 34% dos municípios brasileiros participavam de consórcios de saúde (Ibge, 2007). Esta proporção aumenta no caso dos municípios com até 5 mil habitantes (43%). Os estados que apresentavam maior número de municípios consorciados na área da saúde eram Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e São Paulo (Pedreira, 2007). No entanto, sabe-se que os propósitos e estruturas desses consórcios variam de modo significativo.

Os consórcios podem ser de diferentes tipos (comercial, empresarial ou administrativo), sendo que, na saúde, o mais comum é o administrativo. Nos consórcios administrativos, os acordos consolidados são entre entidades da mesma espécie, (o que os diferencia dos convênios),

e têm por característica a inexistência de relações hierárquicas ou de subordinação, sendo que a inclusão ou exclusão dos membros pode ser realizada a qualquer momento (Guimarães, 2001). Ademais, os compromissos de cooperação abarcam a realização de atividades temporárias ou permanentes, obras ou serviços de interesse público, podendo se voltar para a solução de problemas específicos (ex.: atenção à gestante e parturiente; saúde mental) ou para organizar um conjunto de serviços de atenção secundária e terciária na saúde. Os consórcios também podem ser unicêntricos, onde os membros canalizam esforços para a oferta de serviços em um município-pólo, ou policêntricos, onde repartem, por negociação, os diferentes serviços a serem prestados entre os municípios componentes do consórcio (Mendes, 2001).

Para refletir

Existem consórcios em sua região? Quais ? Como eles estão estruturados ? Procure identificar aspectos positivos e negativos ligados a esses consórcios.

Anote suas reflexões no Diário de Estudos.

A grosso modo, a maior parte dos consórcios de saúde conformados no Brasil surgiu das iniciativas próprias dos municípios, embora em alguns estados tenha ocorrido um processo de fomento ou apoio da secretaria estadual de saúde. Outra característica predominante nos consórcios existentes é a adoção de personalidade jurídica de direito privado (Ribeiro; Costa, 2000). Em algumas situações, tal movimento gerou certa confusão no âmbito da definição de papéis entre o estado e os consórcios. Além disso, assinalam-se as dificuldades na operacionalização do aporte de recursos públicos para o funcionamento de consórcios organizados nesses moldes.

Embora a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 (Brasil, 1990b) defina a possibilidade de consorciamento entre os municípios, no Brasil, até 2005, não existia uma legislação específica voltada para a conformação de consórcios públicos. Em função da grande quantidade de consórcios e da inexistência de regulamentação específica, a partir de 2003, há uma intensificação do debate entre o Executivo e o Legislativo, culminando na aprovação da Lei nº11.107, em abril de 2005 (Brasil, 2005), que dispõe sobre a contratação de consórcios públicos. Essa lei foi regulamentada posteriormente através do Decreto nº 6.017 de 2007 (Brasil, 2007).

De acordo com a a legislação vigente, os consórcios de saúde devem seguir os princípios e diretrizes do SUS, bem como os preceitos do Direito Administrativo Público. Cabe destacar a complexidade do processo de conformação de consórcios pelas novas regras, que impõem uma série de passos e de negociações, incluindo a aprovação das propostas nas câmaras de vereadores de todos os municípios envolvidos (Pedreira, 2007). Além disso, pelo menos duas questões atuais se colocam para a readequação dos consórcios de saúde existentes: sua configuração, em função dos recortes territoriais e objetivos expressos nos Planos Diretores de Regionalização, e o estabelecimento de mecanismos formais de relacionamento com as instâncias de pactuação e gestão regional do SUS (Comissões Intergestores Regionais, estruturas regionais das secretarias de estado de saúde).

Termos de Compromisso de Gestão e Contratos entre os entes federativos

O Pacto pela Saúde diferenciou-se dos instrumentos anteriormente adotados no âmbito do SUS por propor a formalização de acordos entre as diferentes esferas de governo em diversos âmbitos da gestão e da atenção à saúde (Brasil, 2006a; 2006b). A expressão formal do processo de adesão estadual e municipal ao Pacto pela Saúde (formalização) ocorria mediante o preenchimento, a assinatura e a aprovação dos Termos de Compromisso de Gestão (TCG) nas respectivas CIB estaduais, seguidos por homologação na CIT. Havia um modelo especifico de TCG para cada ente federativo – município, estado, Distrito Federal e União – justificado pelas diferentes responsabilidades previstas para cada um deles.

A adesão ao Pacto por meio dos TCG substituiu os processos de habilitação às condições de gestão previstas na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), devendo ser tramitados, aprovados e homologados nas respectivas Comissões Intergestores em âmbito estadual e nacional (CIB e CIT). Este mecanismo reconfigurou as relações do Ministério da Saúde com os entes subnacionais, instituídas por meio de requisitos formais de habilitação associados a incentivos financeiros, de modo que, sob o aspecto da transferência de responsabilidades e recursos federais, a assinatura do TCG não alterava de imediato o volume de recursos repassados pela União para o custeio do SUS, nem necessariamente ampliava a autonomia no gasto descentralizado desses recursos.

Os TCG compreendiam atribuições e responsabilidades sanitárias, objetivos e metas de melhoria associados a um conjunto de indicadores voltados para o monitoramento e a avaliação do Pacto de Gestão e pela Vida, estando organizados em sete eixos prioritários:

1. responsabilidades gerais de gestão do SUS;
2. responsabilidades sobre a regionalização;
3. responsabilidades sobre o planejamento e a programação;
4. responsabilidades de regulação, controle, avaliação e auditoria;
5. responsabilidades sobre a participação e controle social;
6. responsabilidades sobre a gestão do trabalho;
7. responsabilidades na educação em saúde.

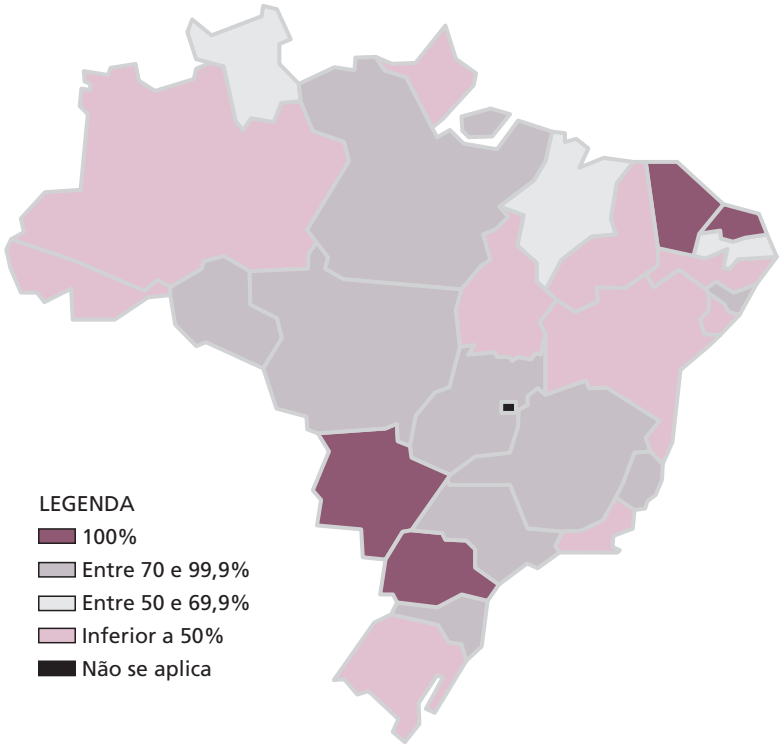
A adesão estadual ao pacto ocorreu de modo gradual, no período compreendido entre 2006 e 2010, sendo que, atualmente, todos os estados do país estão com seus processos de adesão homologados na CIT e publicados em portaria ministerial.

A formalização dos TCG pelos municípios, tal como prevista no Pacto, obedeceu às dinâmicas locais e regionais e ocorreu de modo mais ou menos articulado e complementar às adesões estaduais. No periodo compreendido entre 2006 e setembro de 2010 (última informação disponível), foram homologados na CIT 3.789 adesões ao Pacto, que representavam cerca de 68% do total de municipios existentes no país.

Abordagens que consideram a localização espacial dos municipios que aderiram ao Pacto revelam que há uma elevada dispersão geográfica entre eles. Entretanto, a observação da Figura 4, permite constatar que, nas regiões do centro-sul do país, este processo ocorreu de forma mais intensa, concentrando o maior numero de estados com percentual de adesão municipal superior a 70%.

Ressalte-se que há estados que adotaram um ritmo aparentemente mais lento nos processos de adesão estadual e municipal. Alguns desses estados, contudo, optaram por atualizar os recortes regionais vigentes em seus Planos Diretores de Regionalização (PDR), bem como por aprofundar as negociações intergovernamentais no âmbito dos CGR, de modo a favorecer o planejamento regional e a adesão conjunta dos municípios ao Pacto de saúde nas regiões. São conduções que revelam as expectativas dos gestores em relação ao fortalecimento dos processos de regionalização, num contexto de implantação ou reconfiguração de instâncias de pactuação regional.

Figura 4 – Proporção de adesões municipais ao Pacto pela Saúde nos estados Brasil, 2010



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite.
Nota: Os dados se referem ao mês de setembro de 2010.

Para além dos TCG propostos pelo Pacto, ocorreram experiências de contratualização envolvendo diferentes esferas de governo no âmbito do SUS. Em Sergipe, a proposta de implantação do Pacto associou-se à celebração de um único contrato – o Contrato de Ação Pública– que envolvia todos os 72 municípios do estado, bem como o governo estadual. Este processo requereu a aprovação de uma Lei estadual (a Lei nº 6345 de janeiro de 2008) que regulamentou e amparou o processo de contratação entre os entes. O contrato definiu as responsabilidades dos municípios e do estado na prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como o seu financiamento, e formalizou os acordos e compromissos assumidos entre os gestores, incluindo as metas relativas aos indicadores do Pacto pela Vida.

Em Minas Gerais, aconteceu um processo de reforma administrativa, que incluiu a formalização de contratos entre entes públicos de diferentes esferas administrativas tendo em vista a consolidação de redes regionalizadas de atenção à saúde (Pestana; Mendes, 2004).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011), estabeleceu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde como instrumento de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede de atenção integral à saúde em uma determinada região. Segundo o decreto, este contrato deverá conter "as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde".

Na comparação, pode-se dizer que o conteúdo referente à Parte I da minuta do COAP, onde são expostas as responsabilidades organizativas, equivale ao TCG, o instrumento estabelecido no Pacto pela Saúde.

No entanto, à diferença dos TCG, os contratos estabelecem um acordo entre os entes, com criação de vínculos e definição de obrigações recíprocas, estando sujeitos a sanções e punições dos órgãos de controle interno e externo do Poder Executivo, em função do descumprimento por uma das partes.

Qualquer que seja o instrumento adotado para a formalização dos acordos entre os entes governamentais na saúde (TCG, contratos), este requer o fortalecimento dos processos de planejamento regional e regulação nas secretarias de saúde, bem como nas instâncias regionais, tendo em vista a consolidação de redes regionalizadas de atenção à saúde.

Atividade do Módulo 19

Procure refletir sobre a realidade de sua região, respondendo às seguintes questões:

1. Quais organizações colegiadas no âmbito do SUS existem em sua região?

2. Como tem sido a atuação do Colegiado ou Comissão Intergestores Regional em sua região? Verifique a data de implantação, o número de reuniões realizadas, o perfil dos participantes, os temas que foram objeto de discussão, as principais deliberações, as formas de articulação dessa instância com outras organizações regionais e possíveis conflitos existentes.

3. Quais as possibilidades e limites do arranjo institucional em sua região para o planejamento e organização regional das ações e serviços de saúde?

Envie o resultado de sua análise para o seu tutor.

Referências

Brasil. Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei n° 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre as normas gerais de contratação de consórcios públicos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 jan. 2007.

Brasil. Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

Brasil. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre as normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 abr. 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. *Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual*: orientações para organização e funcionamento. Brasília, DF, 2009. (Série Pactos pela Saúde, v.10).

Brasil. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde:* a ousadia de fazer cumprir a lei. Brasília, DF, 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 abr. 2006b.

Guimarães, L. *Arquitetura da cooperação intergovernamental*: os consórcios em saúde de Mato Grosso. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2001.

Ibge. *Perfil dos municípios brasileiros*: gestão pública *2005*. Rio de Janeiro, 2006.

Lima, A. P. G. de. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, 2000.

Lima, L. D. O *processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde*: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do RJ. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

Lucchese, P. T. R. et al. *A gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde: o diálogo na Comissão Intergestores Tripartite*: Projeto Descentralização On-Line 2000-2002. Rio de Janeiro: Escola de Governo: Ensp, 2003.

Machado, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, 2007.

Mendes, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001

Miranda, A. Processo decisório em Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde: governabilidade resiliente, integração sistêmica (auto)regulada. *Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde/ABRASCO*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 117-139, 2010.

Monteiro, J. C. A. Consórcio Intermunicipal de Penápolis. *In*: MONTEIRO, J. C. A. *Divulgação em saúde para debate*. Londrina: CEBES, 1989.

Moreira, M. R.; Escorel, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, 2009.

Pedreira, R. *Os consórcios intermunicipais de saúde no Brasil*: contexto, panorama e regulamentação recente. 2007. Monografia (Especialização em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

Ribeiro, J. M. Conselhos de Saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, 1997.

Ribeiro, J. M.; Costa, N. do R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no sistema único de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas,* v. 22, p. 173-220, 2000.

Silva, I. F.; Labra, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 22-41, 2001.

20. As transferências intergovernamentais de recursos financeiros no SUS

Luciana Dias de Lima

Como enfatizado nos módulos anteriores, a implantação dos princípios e diretrizes do SUS depende das condições institucionais apresentadas pelas esferas municipais e estaduais no desempenho de responsabilidades e funções sobre a política de saúde, previstas na Constituição Federal de 1988 e regulamentação da saúde (leis e instrumentos normativos). Entre outras, a capacidade de financiamento desses governos é peça fundamental para a garantia do acesso universal às ações e serviços de saúde, do cuidado integral compatível com as necessidades da população e realizado de acordo com padrões de qualidade reconhecidos.

No entanto, existe uma contradição intrínseca entre as imensas desigualdades que configuram a federação brasileira e o modelo pretendido na saúde. As desigualdades socioeconômicas e territoriais trazem enormes desafios para a divisão de encargos e competências tributárias e a adoção de mecanismos de partilha fiscal que compensem as diferenças nas condições materiais e financeiras das esferas subnacionais e permitam uma ação articulada entre os governos na provisão de ações e serviços de saúde.

Os mecanismos de transferência de recursos federais são instrumentos importantes de regulação e coordenação intergovernamental. Em contextos federativos como o brasileiro, eles permitem ao governo federal, interessado em descentralizar funções e responsabilidades sanitárias, ordenar esse processo de forma negociada e articulada com os demais gestores do SUS, a fim de atingir os objetivos almejados pela política de saúde.

Nesse módulo, você poderá compreender um pouco melhor as especificidades da organização de sistemas tributários em países federativos e a importância que possuem os mecanismos de transferência intergovernamental de recursos nas federações, estando eles associados ou não ao financiamento de políticas setoriais. Em seguida, verá como foram instituídos os mecanismos de partilha de recursos financeiros no âmbito do SUS, particularmente, das transferências do governo federal para estados e municípios no período de 1990 a 2005. Por fim, terá acesso a um balanço crítico das principais mudanças no financiamento operadas pelo Pacto pela Saúde e a alguns desafios existentes.

A especificidade dos sistemas tributários em países federativos e a importância dos mecanismos de partilha fiscal

As formas como se distribuem os poderes e se estabelecem as relações intergovernamentais, fiscais e orçamentárias, no âmbito das federações, configuram o federalismo fiscal. A importância da dimensão fiscal é ressaltada por diversos autores. Affonso e Silva (1995) consideram que o principal mecanismo que garante a articulação dos interesses na federação são os fundos públicos. Eles possibilitam soldar o pacto federativo, contribuindo para a manutenção da unidade do Estado e do equilíbrio entre seus entes.

Como arranjo institucional concreto, o federalismo fiscal é moldado por fatores econômicos, sociais, culturais e históricos, sendo, antes de tudo, resultado de escolhas políticas. Ele expressa o modo como os princípios de autonomia e interdependência são incorporados na gestão dos tributos, revela os valores federais que caracterizam uma dada sociedade e as formas como determinados conflitos são acomodados em um contexto histórico específico. Além disso, dada a sua relevância para a administração pública, influencia decisões importantes dos atores políticos, com impacto significativo para as políticas públicas e as políticas de saúde em particular.

Não há um modelo teórico ideal, nem um padrão uniforme ditado pela prática para a configuração de sistemas tributários em países federativos. Para a sua diferenciação, Watts (1996) recorre a dois elementos principais que viabilizam o cumprimento das atribuições de governo: o poder de tributar ou de arrecadar tributos e o poder de gastar. Geralmente decorrente da divisão de responsabilidades e funções, a repartição desses “dois poderes” entre o governo nacional e os subnacionais caracteriza o modelo de federalismo fiscal implantado.

Há pelo menos duas décadas, observa-se, nos países de organização federativa, uma tendência ao deslocamento de encargos e do poder de gasto sobre as políticas sociais da esfera central para as esferas subnacionais. A justificativa técnica, comumente utilizada, refere-se à necessidade de ampliar a eficiência administrativa no uso dos recursos. Argumenta-se que, quanto mais próximo das necessidades e demandas da população, maiores serão os benefícios atingidos e mais efetivos os mecanismos de controle sobre os gastos.

Por outro lado, nota-se que as transformações nas relações de poder sobre o gasto não foram acompanhadas na mesma intensidade pelas transferências das competências sobre a arrecadação de tributos.

Dois tipos de desequilíbrios podem ser verificados em função dos processos de descentralização (Watts, 2006):

1. os **verticais**, gerados pela elevada concentração de poder de tributação no ente federal, em contraposição às necessidades de gastos das esferas subnacionais pelos maiores encargos assumidos;

2. os **horizontais**, em razão de desigualdades socioeconômicas existentes entre os governos, que determinam, por um lado, capacidades diferenciadas de provisão de serviços em sistemas de tributação comparáveis e, por outro, necessidades distintas de gastos públicos decorrentes de variações das necessidades e demandas da população.

Os sistemas de transferência intergovernamental de recursos tributários (sistemas de partilha fiscal), destinados ou não ao financiamento de atividades específicas (incluindo a saúde), atuam na correção dos desequilíbrios existentes. Eles incluem os mecanismos de distribuição de recursos e envolvem relações orçamentárias entre unidades de governo de diferente ou igual esfera federativa, respectivamente, partilha vertical e horizontal de recursos. Enquanto, no primeiro caso, o objetivo é dotar os governos de recursos compatíveis com suas atribuições legais, no segundo caso, o propósito é gerar maior homogeneidade das receitas disponíveis e do poder de gasto entre as esferas subnacionais com diferentes condições socioeconômicas.

Além disso, esses sistemas são inerentes aos países federativos e estão presentes, em maior ou menor grau, em qualquer federação. Em geral, desequilíbrios verticais a favor da União são justificados por razões de ordem econômica e tributária, mas também de ordem política (Dain, 1995). Por outro lado, certas assimetrias entre as unidades subnacionais são constitutivas às federações e justificam a própria origem e manutenção dos arranjos federativos (Burgess, 1993).

No caso da saúde, a literatura indica a importância do governo federal na condução do processo de implantação de sistemas de saúde nacionais e universais em países federativos (Banting; Corbett, 2002; France, 2002). Entre os instrumentos utilizados, destacam-se a normatização, traduzida pela definição de princípios e diretrizes válidos para todo o território, e as transferências financeiras federais, que, juntos, tendem a acomodar dois valores presentes nas sociedades federais:

1. a "cidadania social", que se reflete no compromisso da oferta de um conjunto de bens e serviços para todos os cidadãos do país;

2. a "diversidade regional", que se expressa pela tomada de decisão descentralizada quanto ao destino final dos recursos, respeitando-se as formas de adequação e organização da atenção à saúde nos espaços locais/regionais.

As transferências intergovernamentais, portanto, cumprem papel fundamental e reforçam, em grande número de países, o poder central na correção dos desequilíbrios e na promoção da equalização fiscal, assim como na geração de patamares de receita e gasto compatíveis com as responsabilidades e os serviços de saúde requeridos pelas políticas públicas vigentes.

Receita disponível é um conceito que inclui a arrecadação própria de tributos (impostos, taxas e contribuições), com acréscimo e\ou subtração das transferências intergovernamentais previstas nos sistemas de partilha fiscal. Refere-se, portanto, ao resultado final da receita orçamentária após as transferências intergovernamentais.

Vários são os fatores que interferem na adoção de determinados esquemas de repartição financeira, nos critérios e condicionantes utilizados, assim como os governos envolvidos nos mecanismos de transferência implantados. Em geral, quanto mais descentralizados os encargos e mais significativas as desigualdades inter-regionais, maiores são as necessidades de implantação de mecanismos de equalização fiscal para promover o equilíbrio horizontal da receita disponível.

Ainda assim, as diferenças nos arranjos adotados refletem o grau de tolerância das sociedades em relação às desigualdades dos territórios político-administrativos e, por outro lado, o quanto os governos "abrem mão" de sua autonomia para dispor livremente da maior parcela possível de seu orçamento em função da equidade nacional e da garantia de determinados padrões nacionais e regionalizados de políticas públicas.

Você sabia?

Para países como Alemanha, Canadá, Austrália e, em menor proporção, Suíça, as denominadas "transferências solidárias" são fundamentais para garantir uma diminuição das diferenças orçamentárias entre as esferas subnacionais, embora nem sempre considerem as necessidades efetivas de gasto dos governos. No Canadá, por exemplo, o principal programa de transferências intergovernamentais é o Canadian Health and Social Transfer (CHST), cujo objetivo é transferir recursos da União para o custeio dos programas de saúde, educação de nível superior e assistência social. Embora o governo federal relacione de forma conceitual as transferências a certos objetivos, o programa impõe, na realidade, poucas condições às províncias e é, com frequência, considerado um programa de transferências incondicionais (Boothe, 2004).

Os Estados Unidos, se comparados aos países europeus e ao Canadá, apresentam desigualdades interestaduais mais expressivas, mas não adotam nenhum esquema regular de equalização fiscal.

Em síntese, a formatação de sistemas tributários em países federativos é uma tarefa complexa . Além dos requisitos clássicos – tributar com equidade e eficiência, adequar a distribuição de recursos via orçamento e executar o dispêndio visando a melhoria dos resultados alcançados – os sistemas tributários devem contemplar:

- a distribuição equilibrada de encargos (responsabilidades e funções) entre as esferas de governo de forma coerente com os princípios e diretrizes das políticas públicas;
- a divisão eficiente de competências tributárias, definidas pelas funções de arrecadação e administração dos recursos;
- a formatação de um sistema adequado de partilha, que envolve o conjunto de regras por meio das quais a receita tributária é distribuída entre os diferentes governos.

Estas três variáveis são igualmente importantes para o entendimento dos diversos arranjos do federalismo fiscal, existindo estreitas relações de dependência entre elas. Também são fundamentais para a compreensão do modo como se instituem as relações entre os governos, os dispositivos e os resultados de mecanismos de partilha de recursos setoriais no financiamento de uma política específica, como é o caso da saúde (Lima, 2009).

O modelo de transferência intergovernamental de recursos financeiros consolidado no SUS

A legislação nacional da saúde estabelece que as transferências de recursos federais para estados, Distrito Federal e municípios devam ser realizadas de forma regular e automática por meio de Fundos de Saúde.

A Lei nº 8080 de 1990 (Brasil, 1990a), em seu artigo 35, define as variáveis a serem consideradas no cálculo dos montantes a serem repassados: perfil demográfico da região e epidemiológico da população; características da rede de serviços de saúde; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação da saúde nos orçamentos municipais e estaduais; previsão de investimentos; ressarcimento do atendimento prestado a outras esferas de governo. Além disso, metade dos recursos destinados às esferas subnacionais deve ser distribuída segundo parâmetro per capita.

Ela também aponta a necessidade de abertura de conta especial para o recebimento das transferências, cuja movimentação deve ser objeto de fiscalização pelo respectivo Conselho de Saúde. Ao Ministério da Saúde cabe acompanhar, através de seu sistema de auditoria, a aplicação dos recursos, bem como adotar as medidas previstas em caso de desvios e não utilização dos recursos.

Essa lei foi desconfigurada por 25 vetos efetuados pelo Presidente Collor, logo após a sua aprovação pelo Congresso Nacional, prejudicando, entre outros, os itens relativos aos mecanismos de transferência de recursos federais para as instâncias subnacionais de governo. Assim, as transferências intergovernamentais são objeto de nova regulamentação – a Lei nº 8142 (Brasil, 1990b) – que resgata e enfatiza seu caráter regular e automático.

A Lei nº 8142 estipula como único critério a ser seguido, na falta de regulamentação do artigo 35 da Lei nº 8080, "o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio". Os recursos transferidos podem ser utilizados de forma ampla pelos gestores subnacionais – em investimentos na rede de serviços, na cobertura assistencial e hospitalar e nas demais ações e serviços de saúde, em seus diversos níveis de complexidade. Os condicionantes para as transferências também foram dispostos na lei: estabelecimento

dos Fundos Estaduais e Municipais e Conselhos de Saúde; elaboração de Plano de Saúde; existência de contrapartida de recursos no orçamento dos estados e municípios; constituição de uma comissão para elaborar um Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Além disso, há previsão de que pelo menos 70% dos recursos transferidos sejam destinados aos municípios.

Fica claro pelos dispositivos legais que havia a intenção de propiciar à União formas para uma distribuição mais equitativa de recursos, que garantissem maior equilíbrio horizontal do poder de gasto em saúde entre as esferas subnacionais, sem comprometer o funcionamento da rede de serviços e a especialização de alguns municípios como centros de referência. Em respeito à autonomia dos demais entes federativos, a utilização final dos recursos federais poderia atender a finalidades diversas da política de saúde definida no âmbito loco-regional, estando submetida ao poder fiscalizador dos Conselhos de Saúde.

No entanto, cabe ressaltar que tanto a Lei nº 8080 quanto a nº 8142 que a complementa, não explicitam os montantes a serem transferidos, nem traduzem operacionalmente a composição dos critérios para as transferências federais. A cooperação financeira dos estados aos municípios é estabelecida de modo vago, como também não ficam claros os dispositivos a serem utilizados no caso de estabelecimento de consórcios ou outros instrumentos para formalização de acordos intergovernamentais envolvendo instâncias da mesma esfera de governo.

O contexto de restrição e insuficiência de recursos financeiros, bem como o modelo de federalismo fiscal adotado fizram crescer, nos anos subsequentes à promulgação dessas leis, as expectativas dos gestores do SUS quanto ao financiamento público da saúde no Brasil. Entre outras questões, destacam-se (Lima, 2007a; 2007b): a garantia de fontes estáveis e de condições de financiamento e gasto adequadas nas três esferas de governo; as possibilidades de da condução federal dos rumos da política através de incentivos financeiros e conformação de regras nacionais; a suplementação e redistribuição de recursos fiscais para estados e municípios que pudessem compensar suas dificuldades próprias de financiamento, sem maiores restrições quanto a sua gestão orçamentária; o desenvolvimento de uma política de investimentos para o SUS.

Vários trabalhos analisam o financiamento da saúde no Brasil. Você pode complementar os seus estudos sobre este tema lendo o volume 3 da Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, desenvolvida pelo Conass, em parceria com o Ministério da Saúde, que versa sobre o financiamento da saúde. Acesse o texto na íntegra, na página do Conass na internet: http://www.conass.org.br/

Não por acaso, desde o início da década de 1990, observam-se sucessivas mudanças nas regras que informam as transferências de recursos federais para os entes subnacionais. Tais mudanças foram promovidas

pela edição de portarias ministeriais, entre elas, as Normas Operacionais (NO) do SUS, que definem as formas de repasse de recursos financeiros, assim como os critérios utilizados no cálculo das transferências e os condicionantes para a sua apropriação.

Entre o conjunto de mudanças implantadas, verificam-se (Lima, 2007b):

1. a contenção e o retardamento dos mecanismos de caráter automático, por meio de transferências "fundo a fundo", associados a um tipo de descentralização fortemente tutelada pelo Ministério da Saúde;

2. a transformação da ideia original de repasses globais não fragmentados (tipo "block grants") para mecanismos distintos de transferências, segundo o nível da atenção à saúde e o tipo de serviço ou programa, que exigem a adesão voluntária dos entes subnacionais (tipo "project grants");

3. a inclusão de novos critérios e condicionantes para o recebimento e a aplicação dos recursos;

4. a manutenção das formas de remuneração direta do Ministério da Saúde por serviços prestados em unidades privadas credenciadas ao SUS ou administradas pelos governos municipais e estaduais.

O Quadro 1 procura sistematizar as inflexões relativas aos mecanismos de financiamento federal das ações e serviços do SUS empregados no período de 1990 a 2005 (período anterior à publicação do Pacto pela Saúde). Estão explicitadas somente as formas efetivamente implantadas, tendo em vista que muitos dos dispositivos previstos nas portarias nunca chegaram a vigorar. Em 2005, na vigência simultânea da Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/96 e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) nº01/2002, configura-se no Brasil um modelo diversificado de transferências federais voltadas para o SUS. Nesse ano, verifica-se a transferência de montantes fixos e regulares de recursos, que são depositados em contas específicas dos Fundos de Saúde das esferas subnacionais, independente do quantitativo de ações e serviços produzidos ("mecanismos de transferência pré-produção") e recursos que variam mensalmente de acordo com a informação da produção ("mecanismos de transferência pós-produção").

Quadro 1 – Formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, adotadas no período de 1990 a 2005

Período	Principais portarias vigentes	Mecanismos utilizados para o repasse de recursos às esferas subnacionais		Critérios para definição dos montantes a serem repassados	Condicionantes para o recebimento dos recursos
		Remuneração por serviços prestados	Transferências intergovernamentais		
1990 a 1994	NOB 01/91 e 01/92	Única forma utilizada	Não implementado.	Limites máximos definidos em tetos financeiros para a área ambulatorial (Unidade de Cobertura Ambulatorial estratificada por estado e multiplicada pela população) e hospitalar (quota máxima em número de AIH).	Capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestadas através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS).
1994 a 1998	NOB 01/93	Forma preponderante	Transferências em bloco ("block grants").	Tetos financeiros e montantes globais baseados na série histórica de produção informada pelos sistemas SIA e SIH-SUS.	Serviços prestados: capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestadas através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS). Transferências globais: adesão voluntária e habilitação nas condições de gestão do SUS.
1998 a 2005	NOB 01/96 e NOAS (2001 e 2002)	Forma residual	Transferências segmentadas em várias parcelas ("project grants") por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas. Criação de incentivos financeiros para áreas estratégicas (FAEC).	Parcelamentos dos tetos financeiros por níveis de atenção, tipos de serviços e áreas (assistência, vigilância epidemiológica e sanitária) e dos montantes transferidos segundo critérios diversos (série histórica de produção informada pelos sistemas SIA e SIH-SUS e sistema APAC, população, cobertura de programas, entre outros). Repasse de recurso para áreas estratégicas sem critérios explícitos (geralmente, "sobras de tetos").	Serviços prestados: capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestados através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS e APAC). Transferências: adesão voluntária às normas e critérios estabelecidos pelo MS em portarias específicas, habilitação nas condições de gestão do SUS, certificação/habilitação em programas específicos, capacidade de informação da produção e faturamento (FAEC).

Fonte: Adaptado de Lima, 2007b.

Podemos diferenciar as transferências federais do SUS adotadas em 2005 em quatro formas básicas:

1. transferências efetuadas principalmente para os municípios habilitados, em condições de gestão específicas nas NO vigentes (plena da atenção básica ou plena da atenção básica ampliada), associadas ao financiamento de um conjunto de ações e serviços de atenção básica, cujos montantes fixos são calculados segundo critério per capita. Nessa modalidade, incluem-se o Piso da Atenção Básica fixo (PAB fixo) e o Piso da Atenção Básica Ampliado (PAB ampliado). Estes recursos são transferidos independentemente da informação da produção e podem ser utilizados para fins de custeio e investimentos na rede básica;

2. transferências efetuadas para municípios e estados habilitados nas condições de gestão mais avançadas nas NO vigentes (plena do sistema municipal e plena do sistema estadual), cujos montantes fixos, definidos nos respectivos tetos financeiros, estão associados ao financiamento de um conjunto de ações e serviços de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar, sendo transferidos independentemente da variação dos serviços prestados. Os valores das transferências para os municípios são estabelecidos através da Programação Pactuada e Integrada (PPI), que "reparte" o teto de cada estado e permite a explicitação da parcela de recursos destinada ao ressarcimento de atendimentos prestados a outros municípios. A PPI define os parâmetros utilizados a partir da série histórica de produção ambulatorial e hospitalar, sendo que os montantes de recursos para cada um dos municípios devem ser negociados e aprovados nas CIB. Os montantes estaduais referem-se aos saldos apurados entre os tetos dos estados e as transferências para os municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal. Por sua vez, os tetos estaduais obedecem a critérios diversos, adotados pelo próprio Ministério da Saúde. Os recursos transferidos nessa modalidade devem ser alocados para custeio da rede própria e credenciada ao SUS;

3. transferências de recursos cujos montantes obedecem a critérios variados e estão atrelados à implantação e expansão de políticas prioritárias para o MS:
   a) ações e serviços voltados para a atenção básica, financiados através do PAB variável, como o Programa Saúde da Família (PSF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a Farmácia Básica, as Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD), as Ações Básicas de Vigilância Sanitária (Visa), as Ações de Combate à Carência Nutricional, o Programa de Saúde Bucal, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde e de Atenção aos Povos Indígenas;

b) atividades especializadas, financiadas como "outros programas", tais como as ações de alta e média complexidade de Visa, aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais, fator de incentivo ao desenvolvimento e pesquisa universitária (Fideps).

Os recursos do PAB variável são, em geral, transferidos para os municípios na forma de montantes fixos, após certificação/habilitação no referido programa e segundo as regras estabelecidas em portarias ministeriais específicas. Já os recursos atrelados a "outros programas" são repassados de forma importante também para os estados, exigindo certificação e, na sua maioria, condicionados à informação da prestação de serviços. Todos os recursos aqui relacionados vinculam-se às ações previstas nos programas;

4. transferências do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (Faec), voltados para grupos prioritários, ações e serviços considerados estratégicos e realização de campanhas.
O Faec também possui regras específicas para cada um de seus subcomponentes, podendo ser transferido tanto para os municípios como para os estados. Em geral, não se constitui como um montante fixo e é repassado "fundo a fundo", após certificação do serviço e informação da produção.

A ampliação dos mecanismos de transferência intergovernamental no âmbito do SUS consolida o Ministério da Saúde como o principal responsável pela redistribuição de recursos financeiros voltados para a saúde. Mas, à medida que as transferências intergovernamentais tornam-se preponderantes como formas de financiamento e regulares para um número maior de municípios e estados, os recursos transferidos são parcelados (por níveis de atenção, áreas e tipos de serviços) e novos critérios e condicionantes para sua distribuição e apropriação são incorporados. O maior número de mecanismos de transferência pode ser observado nos programas voltados para a atenção básica, financiados pelo PAB variável, e nas ações estratégicas apoiadas pelo Faec, justamente os grupos que sofrem um incremento mais expressivo de receitas, na segunda metade da década de 1990 e início dos anos 2000.

Por um lado, a existência de várias modalidades para transferência de recursos, com objetivos e lógicas distintas, expressa o esforço federal de induzir e ampliar a implantação de programas em âmbito nacional. Por outro, fere a soberania federativa dos estados e municípios e causa elevada instabilidade nos processos orçamentários dos governos subnacionais, que ficam sem parâmetros para estimar o volume de suas receitas disponíveis, sem garantir maior eficiência e efetividade no gasto.

Além disso, Machado (2007) sugere que a intensa fragmentação torna complexa a gestão do conjunto das transferências pelo próprio MS. Ainda que algumas modalidades tenham um sentido claro, a agregação de todas elas gera resultados antagônicos e dificulta a compreensão da direcionalidade da ação federal.

Se a prática de vinculação de recursos federais a políticas definidas nacionalmente é reconhecida como necessária na maioria das federações (Prado, 2003), o caso da saúde no Brasil suscita polêmica pelo elevado condicionamento sobre os gastos (Arretche, 2005). Questionamentos são feitos em relação à amplitude do poder do Ministério da Saúde para distribuir recursos segundo suas prioridades versus o grau de autonomia requerida para que os gestores estaduais e municipais planejem políticas e aloquem recursos voltados para suas realidades loco-regionais.

Para praticar

E você, o que acha disso? Você considera que os condicionantes instituídos para o recebimento dos incentivos financeiros federais favorecem ou dificultam o planejamento e a gestão orçamentária do SUS em seu município? De que forma?

Converse com seus colegas e dirigentes do SUS em seu município e anote suas reflexões em com os seu diário de estudos.

Mudanças e desafios do Pacto pela Saúde

Muitas das questões descritas anteriormente foram utilizadas como justificativas para as alterações nas regras de financiamento do SUS propostas nas portarias que regem o Pacto pela Saúde. O Pacto estipula que os recursos do Ministério da Saúde destinados às ações e serviços descentralizados do SUS sejam organizados na forma de cinco blocos de financiamento (Brasil, 2007):

1. Atenção Básica;
2. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
3. Vigilância em Saúde;
4. Assistência Farmacêutica;
5. Gestão do SUS.

Esta medida reduz o parcelamento das transferências federais e aumenta a autonomia dos entes subnacionais na gestão dos recursos, já que devem ser depositados em conta única e específica para cada bloco de financiamento, com exceção dos recursos relativos à assistência farmacêutica e daqueles provenientes de acordos de empréstimos internacionais.

Em que pese os avanços das mudanças a serem operadas por meio do Pacto pela Saúde, é preciso considerar que os dispositivos que regem a distribuição de grande parte dos recursos previstos em cada bloco permanecem inalterados. Cada bloco é constituído por componentes que agregam antigos incentivos financeiros do Ministério da Saúde, que seguem critérios e condicionantes para sua transferência e uso definidos em portarias específicas. Assim, mesmo ganhando em termos de gestão orçamentária (os recursos depositados em conta única podem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco), a autonomia decisória dos entes subnacionais sobre o destino final de recursos permanece restrita, pois o repasse só poderá ser efetivado mediante a adesão do município ou estado ao referido programa e o compromisso da implementação das ações a que se destinam.

Cabe discutir ainda se a diversidade de critérios consolidados em cada bloco garante à União as condições necessárias para promover a redistribuição dos recursos do SUS, diminuindo as diferenças e ampliando a capacidade de gasto em saúde das esferas subnacionais, função primordial de qualquer sistema de partilha fiscal. Embora muitos estudos chamem a atenção para as potencialidades das modalidades de transferência do SUS mantidas no Pacto pela Saúde (tais como o PAB fixo e o PAB variável e as transferências de média e alta complexidade), alguns são mais cuidadosos ao exaltarem os resultados alcançados em termos de redução das desigualdades nas condições de financiamento em saúde.

Neste sentido, o estudo de Lima (2007b) indica que, mesmo representando uma parcela expressiva de recursos nos orçamentos municipais e apesar de uma tendência mais equitativa das transferências federais do SUS, a redistribuição desses recursos não foi suficiente para romper as desigualdades intra e inter-regionais das receitas públicas municipais, nem com a situação desfavorável dos municípios médios, ambas decorrentes das diferenças no volume de recursos próprios, atualmente vinculados constitucionalmente à saúde pelos dispositivos da Emenda Constitucional nº29, de de 2000, como você viu na UA V.

Saiba um pouco mais do debate que envolve a regulamentação da EC 29 na página do Conselho Nacional de Saúde na Internet: http://www.conselho.saude.gov.br/

Você sabia?

As transferências federais do SUS constituem atualmente uma importante fonte de receita para os municípios brasileiros. Dados consolidados a partir do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) permitem aferir que, em 2005, estas representavam:

- a quarta principal fonte de receita tributária, abaixo Fundo de Participação dos Municípios (FPM), da Cota-parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb);
- a segunda principal transferência regular da União (abaixo do FPM);
- fonte de receita mais importante do que a arrecadação tributária própria em cerca de 53% dos municípios.

Como resultado dos mecanismos de transferência federal de recursos do SUS, os municípios do Norte, do Nordeste e os com população de 20 mil a 100 mil habitantes, se comparados a outros grupos:

- possuem menores chances de ampliação de recursos próprios para a saúde como efeito da vinculação constitucional, já que a disponibilidade dessas fontes é relativamente mais baixa;
- precisam empreender maior esforço fiscal e comprometer uma parcela mais elevada de seus orçamentos para garantir a adequação dos recursos às suas necessidades de gasto em saúde;
- são os que mais dependem das transferências federais da saúde para ampliar suas receitas destinadas ao SUS e, por isso, estão mais sujeitos aos mecanismos de indução do MS.

No âmbito estadual, percebem-se importantes diferenças entre as regiões, devido à capacidade de arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e de apropriação do Fundo de Participação dos Estados (FPE), sendo particularmente crítica a situação dos estados do Nordeste (Lima, 2007b). Em grande parte, os repasses federais regulares do SUS para os estados estão atrelados ao modelo de descentralização e partilha de funções, induzindo a frequentes disputas entre municípios e estados, especialmente no que se refere à apropriação das transferências voltadas para o custeio das ações e serviços de alta e média complexidade.

Ressalta-se que não existem recursos da União voltados para o desempenho das funções de coordenação e regulação dos processos de

regionalização, reservadas para essas instâncias na legislação e normatização do SUS. Também ainda não foram desenvolvidos mecanismos que favoreçam o financiamento articulado das ações e serviços de saúde nos espaços regionais pelas diferentes esferas de governo.

A autora também sugere a fragilidade dos mecanismos de descentralização do financiamento da política de saúde adotados. Se houve avanços, esses foram temporalmente limitados e não alteraram as condições institucionais subjacentes dos municípios e estados beneficiados pelas transferências de recursos, por quatro razões principais:

1. o aumento das transferências federais não foi acompanhado de investimentos mais substantivos na rede pública de serviços. Isso é fundamental quando se quer diminuir o grau de desigualdade nas condições de oferta e de acesso à saúde, associados aos vazios assistenciais ainda existentes em muitas regiões do país;

2. os critérios que regem a distribuição dos principais mecanismos de transferência federal no SUS – o PAB variável e os recursos voltados para a alta e média complexidade – estão fortemente atrelados à implantação de programas e à série histórica de produção e faturamento. No primeiro caso, os efeitos redistributivos para as regiões Norte e Nordeste se esgotam à medida que elas aderem aos programas (como é o caso do PACS/PSF). No segundo, somente municípios com capacidade instalada prévia (própria ou privada credenciada) e de informação possuem maior chance de obtenção de receitas. O repasse desses recursos, portanto, se não acompanhado por investimentos na rede pública, reproduz as distorções no perfil da oferta e distribuição espacial da rede de serviços;

3. as transferências federais desconsideram as possibilidades reais de aporte de recursos e ampliação de gastos a partir das receitas próprias das esferas subnacionais, e o volume de recursos transferido é insuficiente para superar as limitações orçamentárias das jurisdições menos desenvolvidas;

4. embora haja esforços recentes empreendidos pelos governos estaduais, ainda é pouca a participação dos estados no financiamento setorial, quer seja pelo aporte de receitas próprias, quer pelo incremento das transferências automáticas aos municípios. Também não foram suficientemente explorados os mecanismos de transferências horizontais de recursos no SUS – intermunicipais e interestaduais. A falta desses mecanismos compromete as relações entre os entes subnacionais e dificulta a integração e regionalização dos serviços.

Aqui, cabe tecer uma consideração mais geral acerca das regras relativas ao financiamento da saúde evocadas pelo Pacto: avanços mais significativos só poderão ser obtidos quando as transferências específicas da saúde forem compreendidas e planejadas como parte integrante do sistema de partilha de recursos tributários em nossa federação. Os resultados do subsistema de distribuição dos recursos da saúde, cuja finalidade precípua é o financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS e, como tal, devem atender às necessidades da política setorial, interferem no balanço orçamentário dos governos. Por outro lado, a repartição de receitas tributárias estabelecida pela Constituição interfere na receita final destinada à saúde das instâncias subnacionais.

A compreensão de que os arranjos adotados na política de saúde são afetados e afetam o federalismo fiscal é um dos pressupostos que devem nortear qualquer proposta de mudança nos mecanismos vigentes.

Assim, é possível citar a Lei Complementar 141, de janeiro de 2012, que regulamenta os percentuais mínimos destinados à saúde e institucionaliza as relações interfederativas no SUS, como um avanço, visto que tem por objetivo promover a equidade orçamentária entre os entes federativos, reduzindo as desigualdades regionais. Entretanto, conforme assinala Santos (2012), o alcance dessa equidade pode ser dificultado pelo fato desta Lei ter excluído de seus regramentos algumas possibilidades importantes, como a de instituir mecanismos de transferência per capita, e pelo fato de preferir a ampliação das transferências federativas ao invés de promover algumas mudanças na arrecadação tributária, para dotar os entes de maiores recursos próprios para serem aplicados na saúde.

Atividade do Módulo 20

O Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) consiste em uma ampla base de dados sobre as receitas e despesas em ações e serviços de saúde das três esferas de governo. Particularmente, os dados transmitidos por estados e municípios estão disponíveis tanto no formato das planilhas informadas, quanto na forma de indicadores. Através de tabulações simples, é possível agregar e compar dos dados sobre o financiamento público da saúde das mais diversas formas.

Entre na página do Siops (http://www.siops.datasus.gov.br/) e localize as informações referentes aos "indicadores municipais". A partir da ferramenta Tabnet ("consultas tabnet"), selecione o seu estado e, dentro deste, os diversos municípios que compõem a sua região.

Faça uma tabela contendo os seguintes indicadores, para os municípios de sua região:

a) despesa total com saúde por habitante;

b) despesa com recursos próprios por habitante;

c) proporção da transferência do SUS na despesa total com saúde;

d) proporção de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29).

Envie os resultados do trabalho para seu tutor.

Avaliação final da Unidade VIII

Com base nos indicadores da tabela da atividade do módulo 20, analise comparativamente o financiamento do SUS nos diferentes municípios selecionados. Organize e apresente as informações na forma de tabela ou gráfico. Se preferir, agregue os municípios por faixa populacional.

Procure refletir sobre a situação do financiamento do SUS nos municípios de sua região, respondendo às seguintes questões:

O que estes indicadores sugerem em relação ao financiamento do SUS nesses municípios?

Existem semelhanças e/ou diferenças significativas destes indicadores nos municípios analisados?

Quais os possíveis limites dos dados informados pelos municípios por meio do Siops?

Que outras informações você julga necessário obter para a melhor compreensão do financiamento nos municípios selecionados?

Envie os resultados do trabalho para o seu tutor.

Referências

Affonso, R. de B. Á.; Silva, P. L. B. Notas dos organizadores. *In*: Affonso, R. de B. Á.; Silva, P. L. Barros (Org.). *Reforma tributária e federação*. São Paulo: Fundap, 1995. p. 6-9.

Arretche, M. T. S. *Quem taxa e quem gasta*: a barganha federativa na federação brasileira. Revista de Sociologia Política, Curitiba, v. 24, p. 69-85, 2005.

Banting, Keith; Corbett, S. Federalismo y políticas de atención a la salud. *In*: Auclair, C.; Carrasco, C. H. G. (Ed.). *Federalismo y políticas de salud: descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada.* Ottawa: Foro de Federaciones; Ciudad de México: Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal, 2002. p. 5-41.

Boothe, P. Tributação, gastos e compartilhamento nas federações: a evidência da Austrália e do Canadá. *In*: Boothe, P. (Ed.). *Relações fiscais em países federais: quatro artigos*. Ottawa: Foro de Federaciones; Ciudad de México: Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal, 2004. p. 7-20.

Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 set. 2000.

Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembrp de 1990: Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

Brasil. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade nagestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursosfinanceiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 jan. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Burgess, M. Federalism and federation: a reappraisal. In: Burgess, Michael; Gagnon, Alain-G. (Orgs.). *Comparative federalism and federation: competing traditions and future directions*. Toronto: University of Toronto, 1993. p. 3-14.

Dain, S. Dilemas do Estado diante da nova ordem econômica e social. *In*: Valladares, L.; Coelho, M. P. (Org.). *Governabilidade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995. p. 65-104.

France, G. Federalismo fiscal: experiências internacionais e modelo para a Itália. *In*: Negri, B.; Viana, d'Á., A. L. (Org.). *O SUS em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002. p. 65-83.

LIMA, L. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007a.

LIMA, L. D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trabalho Educação e Saúde*, v. 6, n. 3, p. 573-597, 2009.

LIMA, L. D. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde*: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007b.

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, 2007.

PRADO, S. Partilha de recursos e desigualdade nas federações: um enfoque metodológico. *In*: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A. (Org.). *Descentralização e federalismo fiscal no Brasil*: desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: FGV: Konrad Adenauer, 2003. p. 273-331.

WATTS, R. L. *Comparing federal systems in the 1990s*. Ontario: Institute of Intergovernmental Relations, 1996.

Siglas

AIH	Autorização para Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
Aisa	Assessoria de Assuntos Internacionais
AMS	Assistência Médico-Sanitária ou Assembleia Mundial da Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CADPA	Comissão Permanente para Acompanhamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
Cendes	Centro de Estudios del Desarollo
Cenepi	Centro Nacional de Epidemiologia
Cepal	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CEV	Campanha de Erradicação da Varíola
CF	Constituição Federal
CGVAM	Coordenação Geral de Vigilância Ambiental
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
Ciplan	Comissão Interministerial de Planejamento
Cisama	Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente
Cist	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNEN	Comissão Nacional de Energia Nuclear
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Coap	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
Conasems	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
Conasp	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
Conass	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
Cosems	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
Crest/Cerest	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
Dape	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Devep	Departamento de Vigilância Epidemiológica

DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNPS	Departamento Nacional de Saúde Pública
DSAST	Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EC Nº 29	Emenda Constitucional nº 29
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Faec	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
Geisat	Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador
GM	Gabinete do Ministro
GP	General Practitioner
HIV	Human Imunodeficiency viruse
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciários
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
Ibama	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
Inmetro	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
JK	Juscelino Kubitscheck
Lacen	Laboratório de Saúde Pública
MACVISA	Média e Alta Complexidade da Vigilância Sanitária
Mapa	Ministério da Agricultura, Agropecuária e Abastecimento
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MIDIC	Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior
MMA	Ministério do Meio Ambiente

MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NHS	National Health Service
NO	Norma Operacional
Noas	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
Nost	Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador
OGM	Organismos Geneticamente Modificados
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS/Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
Pacs/PSF	Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa Saúde da Família
Pais	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAM	Posto de Assistência Médica
PAP/VS	Programação de Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PAVS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PBVS	Piso Básico de Vigilância Sanitária
PDR	Plano Diretor Regional
PDVISA	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PFVISA	Piso Fixo de Vigilância Sanitária
PFVPS	Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
Pisast	Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
PLUS	Plano de Localização de Serviços de Saúde
PMC	Projeto Montes Claros
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNST	Política nacional de Saúde do Trabalhador
POI	Programação e Orçamentação Integradas
PPA	Plano de Pronta Ação
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPI/ECD	Programação Pactuada e Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças
PPI/VS	Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde

PRA	Programa de Racionalização da Assistência Ambulatorial
ProgVS	Programação das Ações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
PVVISA	Piso Variável de Vigilância Sanitária
PVVPS	Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Renases	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
Renast	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SAMPHS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
Simpas	Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social
SINVSA	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental
SNDC	Sistema Nacional de Defesa do Consumidor
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TAM	Termo de Ajustes e Metas
TCU	Tribunal de Contas da União
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFVS	Teto Financeiro de Vigilância em Saúde ou Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária ou Teto Financeiro de Vigilância Sanitária
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
UVE	Unidade de Vigilância Epidemiológica
Visat	Vigilância em Saúde do Trabalhador

Formato: 205 x 260mm
Tipografia: Meridien LT Std e Frutiger Lt Std
Papel do Miolo: Papermax 90g/m2
Papel e Acabamento Capa: Papel Cartão supremo 250g/m2
Ctp Digital: Ediouro Gráfica e Editora Ltda.
Impressão e acabamento: Ediouro Gráfica e Editora Ltda.
Rio de Janeiro, maio de 2015.

A organização de redes de atenção à saúde é estratégica no enfrentamento do maior desafio colocado ao sistema de saúde brasileiro: a efetiva garantia do direito à atenção integral, resolutiva e de qualidade a todos os cidadãos, de acordo com suas necessidades.

A política mais recente vem recolocando a constituição de redes no centro das propostas de organização da atenção, criando um novo desafio a gestores e técnicos do SUS, que devem garantir que o espaço regional incorpore processos de planejamento, programação e gestão realmente integrados.

A publicação Gestão de Redes de Atenção à Saúde 2 apresenta o material pedagógico de suporte ao Curso de Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, modalidade a distância, fruto da parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/ Fiocruz) e o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Ademais do conteúdo conceitual articulado à base instrumental, o Curso busca a construção de pensamento autônomo, que possa traduzir as diretrizes gerais da constituição de redes às especificidades locais, por meio da formulação de projetos de intervenção que representem avanços tanto do ponto de vista da apropriação de conceitos e metodologias como na construção efetiva das redes de atenção nos territórios, resultando em maior capacidade de atender às necessidades de sua população, garantindo ampliação do acesso e diminuição de desigualdades.

ISBN 978-85-61445-64-5

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA ENSP

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

SUS

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL BRASIL PÁTRIA EDUCADORA